Les effets de la régulation souple intermédiée : le cas du virage ambulatoire des établissements de santé français

Olivier Baly

▶ **To cite this version:**

Olivier Baly. Les effets de la régulation souple intermédiée : le cas du virage ambulatoire des établissements de santé français. Gestion et management. Université Paris sciences et lettres, 2019. Français. NNT : 2019PSLEM006 . tel-02191673

HAL Id: tel-02191673
https://pastel.hal.science/tel-02191673

Submitted on 23 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PSL UNIVERSITÉ PARIS

THÈSE DE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITÉ PSL

Préparée à MINES ParisTech

Les effets de la régulation souple intermédiée : Le cas du virage ambulatoire des établissements de santé français

Soutenue par
Olivier BALY
Le 9 avril 2019

Ecole doctorale n° 396
Économie, Organisation et Société

Spécialité
Sciences de gestion

Composition du jury :

Franck, AGGERI Professeur, Mines ParisTech	*Président*
Jean-Louis, DENIS Professeur, Université de Montréal	*Rapporteur*
Annick, VALETTE Professeure, IEA Grenoble	*Rapporteure*
Frédéric, KLETZ Maître assistant, Mines ParisTech	*Examinateur*
Mona, KRICHEN Directrice de département, ANAP	*Examinatrice*
Nassera, TOUATI Professeure, ENAP	*Examinatrice*
Jean-Claude, SARDAS Professeur, Mines ParisTech	*Directeur de thèse*

MINES ParisTech | PSL

Mines ParisTech et PSL n'entendent donner aucune approbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Table des matières

Remerciements **8**

Glossaire **10**

Introduction générale **13**

Résumé de la thèse **18**

Partie 1 : Cadre théorique, empirique et méthodologique **23**

Introduction de la première partie **23**

Chapitre 1 : La régulation souple intermédiée analysée sous l'angle de la gouvernementalité **24**

Section 1 : Les régimes de régulation 24

Les régimes de régulation du risque (Hood et al., 2001) 24

La gouvernance des régimes de régulation (Levi-Faur, 2011) 26

Le modèle de l'orchestration (Abbott et al., 2015) 28

Section 2 : L'intermédiation de la régulation 31

Les deux grands types de tierces parties dans la régulation : l'agent et l'intermédiaire 31

Le modèle RIT : Regulator-Intermediary-Target 33

Section 3 : La régulation souple 36

Les propriétés de la régulation souple 36

Entrer dans la « boîte noire » du changement organisationnel 39

Section 4 : La gouvernementalité comme base d'une approche instrumentale de la régulation souple intermédiée 48

Les technologies de pouvoir 50

Les procédures de véridiction 54

Les modes de subjectivation 56

Conclusion du premier chapitre 59

Chapitre 2 : Un cas de régulation souple intermédiée : la participation de l'ANAP au Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé en France **61**

Section 1 : Formes et régimes de gouvernementalité sanitaire en France 61

Les caractéristiques des formes de gouvernementalité sanitaire en France 62

L'hybridation des formes de gouvernementalité sanitaire en France 66

Proposition d'une approche en régimes de gouvernementalité sanitaire 70

Section 2 : Les dispositifs de gouvernement du Plan triennal 2015-2017 74

Une tentative innovante d'articulation des trois formes de gouvernementalité sanitaire 75

Une gouvernance partiellement souple et intermédiée de la régulation sanitaire 79

Les actions de l'intermédiaire de régulation : l'ANAP 85

Section 3 : Le virage ambulatoire : un changement divergent de cadre d'organisation pour les hôpitaux 93

Un changement divergent d'archétype et de gabarit organisationnels pour les hôpitaux 94

Les spécificités du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine 98

Conclusion du second chapitre 104

Chapitre 3 : Une méthodologie de recherche-intervention **106**

Section 1 : Design général de la recherche 107

Positionnement du doctorant au sein de l'organisation partenaire de la recherche 107

Cartographie des matériaux et méthodes utilisés 111

Section 2 : Expliquer la transformation de la régulation (QR1) 115

Collecte longitudinale des données 116

Structuration et analyse des données ... 122
Section 3 : Comprendre le fonctionnement de la régulation (QR2) ... 125
Comprendre le fonctionnement de la régulation secondaire ... 125
Comprendre le fonctionnement de l'autorégulation ... 127
Section 4 : Analyser les effets de la régulation souple intermédiée (QR3) ... 133
Mesurer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ... 133
Expliquer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ... 139
Évaluer l'utilité du virage ambulatoire ... 152
Conclusion du troisième chapitre ... 156
Conclusion de la première partie ... 157

Partie 2 : Présentation et discussion des résultats ... 159
Introduction de la seconde partie ... 159
Chapitre 4 : Le régime de gouvernementalité du Plan triennal ... 161
Section 1 : Les composantes du régime ... 161
Une technologie sécuritaire ... 163
Une subjectivation rétroactive des organisations régulées ... 167
Une combinaison de procédures de véridiction alèthurgiques ... 170
Une dominante pastorale des mécanismes de pouvoir ... 176
Section 2 : Le fonctionnement du régime ... 182
La dynamique de fonctionnement nationale du régime ... 183
L'appropriation régionale des dispositifs de gouvernement ... 186
Le gouvernement de soi des organisations régulées ... 193
Conclusion du quatrième chapitre ... 206
Chapitre 5 : Les effets des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ... 209
Section 1 : Mesure de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ... 209
Mesure de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en chirurgie ... 210
Mesure de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en médecine ... 217
Section 2 : Les conditions de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal en chirurgie ... 224
Les conditions managériales de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en chirurgie ... 224
Les conditions opérationnelles de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en chirurgie ... 238
Section 3 : L'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal. ... 246
L'utilité économique des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ... 247
L'utilité du virage ambulatoire pour les professionnels hospitaliers et leurs patients ... 253
Conclusion du cinquième chapitre ... 258
Chapitre 6 : Discussion des résultats ... 260
Section 1 : Implications pour l'analyse de la régulation souple intermédiée ... 260
Proposition d'une démarche évaluative pour la régulation souple intermédiée ... 261
Compléter le modèle RIT : les effets de l'intermédiation ... 273
Section 2 : Implications pour une approche constructive de la gouvernementalité ... 280
S'échapper du Panoptique ... 281
Des instruments aux processus de l'action publique ... 285
Section 3 : Préconisations pratiques et pistes de recherche futures ... 288
Préconisations pour la régulation sanitaire en France ... 289
Proposition de pistes de recherche futures ... 297
Conclusion du sixième chapitre ... 300

Conclusion de la seconde partie **303**

Conclusion générale : les effets de l'intermédiation entre régulation et recherche **305**

Références **308**

Articles et ouvrages universitaires **308**

Rapports **317**

Textes législatifs, réglementaires et gouvernementaux **318**

Index des tableaux **320**

Index des figures **322**

Annexes **323**

Remerciements

Il est beaucoup question dans ce manuscrit des effets de l'accompagnement. Or, ce travail lui-même n'aurait jamais commencé ni abouti sans l'accompagnement constant, réactif et bienveillant de mes directeurs de thèse, Jean-Claude Sardas et Frédéric Kletz. Tout type de pouvoir pastoral, selon Michel Foucault, vise une transformation du sujet. Je peux témoigner du fait qu'il induit également chez l'accompagné un sentiment de gratitude envers ses accompagnateurs. Puisqu'accompagner signifie partager le quotidien, et que j'ai effectivement eu la chance de bénéficier de leur investissement continu dans ce projet de recherche, l'emploi du « nous » se justifie totalement dans ce document. Si le chercheur débutant que je suis devenu grâce à eux assume la pleine et entière responsabilité personnelle de ses écrits, il sait aussi tout ce que ce produit final doit à ses mentors. Au-delà de cette collaboration particulière, je veux retenir d'eux le souci permanent de lier la recherche aux problématiques de terrain des acteurs organisationnels, l'exigence de rigueur logique des constructions intellectuelles, et l'ouverture d'esprit à l'inconnu.

J'exprime aussi toute ma reconnaissance aux autres membres de mon jury, et notamment aux rapporteurs, pour avoir accepté d'évaluer ce qui va suivre. Je remercie par ailleurs Franck Aggeri, en tant que responsable du programme doctoral en gestion à Mines ParisTech, pour ses encouragements et son avis favorable à la finalisation de cette thèse. Le soutien de Mona Krichen a quant à lui été essentiel pour la réalisation pratique de ce travail de recherche ainsi que pour l'entretien d'une réflexion constructive sur ce fondement. Je suis redevable à Jean-Louis Denis de son attention et de ses conseils préalables à la rédaction de ce document. Je me réjouis de l'opportunité d'apprendre d'Annick Valette et de Nassera Touati. J'espère que la présente version de ce manuscrit leur semblera à tous pouvoir constituer une base d'échanges intéressante.

En amont de ma soutenance, l'aide reçue de la part de toute l'équipe du Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech durant les nombreuses années pendant lesquelles j'y fus doctorant m'a apporté tout ce que j'attendais d'un programme doctoral et même davantage. Un grand merci à Blanche Segrestin pour m'y avoir si aimablement et pertinemment guidé, ainsi qu'à Eva Boxenbaum et Cédric Dalmasso pour m'avoir appris à aborder l'écriture académique. Je sais qu'il est des enseignements que l'on retient toute sa vie, et que les leurs en feront partie. Merci également à Frédérique Pallez pour sa contribution au dernier comité de suivi de ma thèse. Les analyses présentées dans ce manuscrit n'auraient en outre pas pu être effectuées si Stéphanie Brunet ne s'était pas impliquée dans la fourniture des supports logiciels nécessaires. Rien n'aurait été administrativement possible sans l'écoute et l'efficacité de Céline Bourdon. Je tiens en outre à saluer l'ensemble des camarades doctorants que j'ai eu la chance de croiser durant ce parcours, et notamment ceux qui comme moi évoluent dans le secteur de la santé. Nous aurons sans nul doute beaucoup d'occasions professionnelles et personnelles de nous retrouver à l'avenir. Ma gratitude va également à Béatrice Fermon, Clémentine Garrouste et Florence Jusot pour m'avoir fait bénéficier des cours d'approches économétriques en santé de l'université Paris-Dauphine, qui m'ont été extrêmement utiles. Je souhaite remercier aussi ici les personnes qui m'ont transmis il y a

longtemps le goût de la recherche en gestion et ouvert l'accès au monde de la santé : Jean-Michel Saussois, Patrick Gibert, Élisabeth Hachmanian et Noëlle Biron.

Au cours de mes années de doctorat, j'ai eu un autre privilège : celui de recevoir de mes collègues et supérieurs à l'ANAP un appui sans faille. Merci à Christian Anastasy, Igor Busshaert, Ayden Tajahmady et Christian Espagno pour avoir porté avec moi ce projet de recherche sur ses fonds baptismaux, ainsi qu'à Sophie Martinon pour avoir maintenu l'engagement de l'agence jusqu'à son achèvement. Il n'y a pas de mots trop forts pour refléter ma profonde affection envers ceux de mes collègues qui ont cheminé avec moi tout au long de cette reconversion et m'y ont tendu la main. Je pense en particulier, en sus de Mona Krichen que j'ai déjà évoquée, à Pierre-Olivier Lasserre, Bénédicte Le Mouël, Julien Marcelle, Axelle Pruvot, Anne Raucaz et Maire Wattebled. Je songe aussi à tous les autres que je ne voyais pas chaque jour mais qui m'ont si souvent témoigné leur amitié, et qui me pardonneront je l'espère de ne pas les avoir nommément cités.

De surcroît, j'ai eu la chance de pouvoir compter durant tout ce temps sur le soutien indéfectible de mon entourage, et notamment de mes parents : Rose et Daniel Baly. C'est à eux que je dois, entre tant d'autres choses, d'avoir pu poursuivre aussi loin ma formation universitaire. La présence de certains de mes proches me fut chère à ce moment de ma vie, comme elle l'a souvent été auparavant et le sera ensuite. Ne pouvant les mentionner tous, j'adresse des remerciements spécifiques à ceux qui ont participé, d'une manière ou d'une autre, au bon déroulement de ces années de thèse : Giovanni Tiné, Wanda Gadomska et Nathan Marom, Bruna Alves de Rezende, Nicolas, Yang et Léa Jenot, Jean-Charles Agnès et Michaël Landon, Tomer Rosenberg, Ahmed Khaled, Jérémie Pellerin, Anne-Catherine Baudouin, Rolande Rose, Adam Grant et Yann Gustan. J'ai également eu le bonheur de rencontrer durant cette période Adam Mesbahi, dont les qualités sont elles aussi trop nombreuses pour se prêter à une énumération.

Enfin, puisqu'il connaît, pour m'avoir si attentivement relu, ma tendance à rappeler l'essentiel de ce que j'ai à dire en conclusion, j'exprime mon immense gratitude à Matthieu Bourdon pour son patient examen des épreuves de ce manuscrit. Si l'on me soutenait dorénavant qu'il n'y a pas d'amitié perpétuelle, je pourrais affirmer qu'il existe des preuves contraires.

Glossaire

- ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANCRE : Application nationale compte financier rapport infra-annuel des états prévisionnels des recettes et des dépenses
- ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
- ARS : Agence régionale de santé
- ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- AVC : accident vasculaire cérébral
- CGS : Centre de gestion scientifique
- CH : centre hospitalier
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- COG : convention d'objectifs et de gestion
- COMEX : Comité exécutif
- COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPG : contrat pluriannuel de gestion
- CPO : chef de projet opérationnel (en établissement de santé)
- CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
- CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
- DAF : Directeur des affaires financières
- DB : Direction du budget du ministère de l'Économie et des Finances
- DGA : Directeur général adjoint
- DGFIP : Direction générale des finances publique
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
- DIM : Département de l'information médicale
- DMS : durée moyenne de séjour
- DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DS: Directeur des soins
- DSS : Direction de la sécurité sociale
- ENC : Étude nationale de coûts
- EHPAD : établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- ES : établissement de santé
- ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
- FDR : feuille de route
- GCS : groupement de coopération sanitaire
- GHM : groupe homogène de malades
- GHM : groupe homogène de séjours
- GHT : groupement hospitalier de territoire

- GIP : groupement d'intérêt public
- HA : hospitalisation ambulatoire
- HAD : hospitalisation à domicile
- HAS : Haute Autorité de santé
- HC : hospitalisation conventionnelle
- HDJMM : hôpital de jour multidisciplinaire de médecine
- HJ : hospitalisation de jour
- HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- HS : hospitalisation de semaine
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- IGF : Inspection générale des finances
- IP-DMS : indice de performance de la durée moyenne de séjour
- IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- ISA : indice synthétique d'activité
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
- MCO : médecine, chirurgie et obstétrique
- MCP : Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale
- MSAP : mise sous accord préalable
- ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie
- ONDMCO : objectif national de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique
- ONG : organisation non-gouvernementale
- PCME : Président de la communauté médicale d'établissement
- PDM : part de marché
- PIB : produit intérieur brut
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PRADO : Programme d’accompagnement du retour à domicile
- PRE : plan de retour à l'équilibre
- PRS : Projet régional de santé
- QCA : Qualitative Comparative Analysis
- QR : question de recherche
- RAC : récupération accélérée après chirurgie
- ROP : responsable opérationnel de projet (en ARS ou CRAM)
- RPI : réduction proportionnelle d’incohérence
- RTC : Retraitement comptable
- SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
- SG : Secrétariat général du ministère de la Santé
- SGMAP : Secrétariat général pour la modernisation de l’action publique
- SROS : schéma régional d'organisation sanitaire/des soins
- SSR : soins de suite et de réadaptation
- TA : taux d'ambulatoire
- TMB : taux de marge brute
- TO : taux d'occupation
- TU : taux d'utilisation
- UCA : unité de chirurgie ambulatoire
- UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

Introduction générale

L'implication de la puissance publique dans la définition des organisations hospitalières date d'avant la Révolution française, comme le prouvent les travaux dirigés par Michel Foucault (Foucault, Barret-Kriegel, Thalamy, Beguin, et Fortier, 1979) sur les débats autour de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris au XVIII^{e} siècle. Néanmoins, dans la veine du Nouveau Management public (Hood, 1991), l'État a privilégié depuis les années 1980 une approche de la régulation consistant en un pilotage sous forme d'incitation tarifaire, de contractualisation et de suivi d'indicateurs de performance (Moisdon, 2012). Ce mode de régulation repose sur « l'orientation des comportements par un régulateur éloigné » (Moisdon, 2013, p. 40), qui évite ainsi de rentrer dans le fonctionnement organisationnel complexe de l'hôpital. Cette philosophie de la « boîte noire » (Moisdon, 2012, p. 94) semble toutefois avoir connu des inflexions notables au cours des cinq dernières années. En effet, l'État paraît avoir renoué, à travers la conception et la mise en œuvre d'un Plan triennal de transformation du système de santé pour les années 2015-2017 (Communiqué de presse du ministère de la Santé du 3 mars 2015), avec l'ambition de promouvoir des cadres d'organisation pour l'hôpital. Notamment, le premier axe de ce Plan[1] visait le développement des soins ambulatoires en chirurgie et en médecine.

Cette volonté de piloter à nouveau le changement organisationnel à l'hôpital marque ainsi une rupture dans la régulation du système de santé en France telle qu'elle a été pratiquée durant trois décennies. Il y a près de 20 ans, Engel, Kletz, Moisdon et Tonneau (2000, p. 293) ont souligné que la mise en place d'un tel pilotage signifiait pour l'administration centrale en charge de cette régulation « une transformation profonde de ses pratiques les plus instituées ». Cette transformation demandait notamment d'observer les usages faits par les organisations hospitalières des dispositifs de régulation afin de comprendre les effets de ces dispositifs sur leur fonctionnement organisationnel et de pouvoir en retour faire évoluer ces dispositifs pour orienter ces effets. La problématique générale que soulève cette transformation de la régulation est donc celle de ses effets sur le fonctionnement des organisations hospitalières. Toutefois, la profondeur de cette transformation de la régulation ne peut pas non plus être sans effet sur le fonctionnement des organisations régulatrices. De plus, il convient en amont de s'interroger sur ce qui a pu provoquer cette transformation de la régulation en France dans ce champ organisationnel particulier à ce moment de son histoire. C'est pourquoi l'exploration des causes de la transformation de la régulation et la compréhension de son fonctionnement constituent des préalables à l'investigation de ses effets. En conséquence, la présente thèse traite de **trois questions de recherche (QR) imbriquées** :

QR1 : Comment expliquer la transformation de la régulation sanitaire par laquelle le régulateur tente de pénétrer le fonctionnement organisationnel des établissements de santé pour le modifier ?

QR2 : Comment cette régulation opère-t-elle ?

QR3 : Quels en sont les effets pour les organisations régulées et régulatrices ?

[1] Afin d'éviter toute confusion avec d'autres plans, nous réservons la mention « Plan » avec une majuscule au seul Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé en France.

Apparaît dans la formulation de ce questionnement le vocable « établissement de santé », puisque c'est à cette catégorie juridique d'organisations qu'appartiennent les hôpitaux et cliniques en France. L'article L6111-1 du Code de la santé publique confère à ces organisations la mission principale d'assurer « le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ». Ces établissements de santé peuvent être publics ou privés. Les établissements privés se subdivisent de surcroît entre établissements à but lucratif, souvent appelés « cliniques », et établissements à but non lucratif. Les établissements à but non lucratifs participant au service public ont, depuis 2009 (Loi HPST, 2009), le statut d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Nous verrons que la régulation du changement organisationnel qui a eu lieu lors du Plan triennal 2015-2017 de transformation du système de santé a visé en priorité les établissements de santé publics ainsi que les ESPIC.

Il convient en outre de noter dès à présent que cette transformation de la régulation sanitaire en France s'inscrit dans une évolution plus large des systèmes de régulation, qui touche d'autres pays et d'autres champs organisationnels. Entendue au sens large d'activité de production, de mise en exécution et de contrôle d'application de règles (Levi-Faur, 2011), la régulation a connu deux développements majeurs à travers le monde depuis les années 1980. D'une part, la régulation est aujourd'hui souvent le fruit d'une gouvernance impliquant une multitude d'acteurs publics et privés et non plus seulement l'État (Levi-Faur, 2010; Majone, 1994; Osborne, 2010; Scott, 2017). D'autre part, la régulation emploie de plus en plus des règles souples, c'est-à-dire des règles ne reposant pas sur la contrainte mais sur l'adhésion volontaire des régulés (Mörth, 2004; Snyder, 1994). Ces deux tendances ont fait émerger une nouvelle catégorie d'acteurs dans les systèmes de régulation : les intermédiaires de régulation. Ces intermédiaires sont des organisations qui agissent comme tierces parties entre régulateurs et régulés dans le fonctionnement de la régulation souple (K. W. Abbott, Genschel, Snidal, et Zangl, 2015; K. W. Abbott, Levi-Faur, et Snidal, 2017c). Les intermédiaires de régulation se distinguent ainsi des tierces parties investies d'un pouvoir de contrainte que sont les agences de régulations (Jordana, Levi-Faur, et Fernández i Marín, 2011). Alors que les effets du recours à ces agences ont été documentés, les effets du recours à l'intermédiation demeuraient jusqu'à récemment un terrain de recherche à investir (Levi-Faur et Starobin, 2014).

L'axe virage ambulatoire du Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé est révélateur de ces transformations globales des systèmes de gouvernance de la régulation, car il a fait appel à un intermédiaire, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), pour promouvoir l'adoption d'un cadre de règles organisationnelles souples : celui de l'hospitalisation ambulatoire. Créée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite loi « HPST » – l'ANAP n'est en effet dotée d'aucun pouvoir de contrainte. L'article L6113-10 du Code de la santé publique lui confère les missions suivantes :

> « L'Agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. »

Il découle de ce statut que le mode opératoire de l'ANAP est la production d'outils et de recommandations sans portée normative, au sens juridique comme au sens social du mot « norme » (DiMaggio et Powell, 1983, p. 152). En outre, la convention constitutive de l'ANAP (Convention État-Uncam-Cnsa-Fédérations du 23 octobre 2009) prévoit que cet acteur puisse fournir un appui non seulement aux établissements de santé mais aussi aux administrations centrales et déconcentrées dans leurs missions de pilotage stratégique et opérationnel du système de santé. L'ANAP offre par conséquent un cas d'intermédiaire de régulation dans le champ sanitaire français.

C'est d'ailleurs à travers cet intermédiaire que nous avons pu approcher la transformation de la régulation de ce champ, puisque la présente thèse a été réalisée dans le cadre d'un partenariat de recherche entre le Centre de gestion scientifique (CGS) de Mines ParisTech et l'ANAP. La convention de recherche signée entre ces deux institutions le 31 octobre 2014 autorisait l'auteur du présent manuscrit, salarié de l'ANAP, à suivre le programme doctoral de ce laboratoire. Ce positionnement de recherche spécifique s'est apparenté à celui du chercheur-intervenant pratiqué et théorisé par les enseignants-chercheurs du CGS (Kletz, 2018). Cette posture se caractérise par une inscription de type ethnographique du chercheur dans l'organisation partenaire de la recherche (Moisdon, 2015). Elle permet l'utilisation d'une palette méthodologique variée dans le but de répondre aux problématiques concrètes de cette organisation selon les conditions de production de connaissances académiquement reconnues en sciences de gestion (David, 2012a). Le questionnement de recherche qui a guidé le présent travail résulte de cet ancrage empirique.

Ce questionnement a néanmoins un double intérêt pour la théorie des organisations. D'une part, l'expansion de la régulation souple touche les organisations dans la mesure où ce type de régulation passe par la conception, la diffusion, l'adoption et l'adaptation de nouvelles manières de s'organiser (Wedlin et Sahlin, 2017). Les règles souples prennent alors la forme de cadres d'organisation véhiculés à travers des archétypes définissant les structures et les systèmes de gestion au sein des organisations (Greenwood et Hinings, 1993) ainsi que des gabarits servant à évaluer les performances organisationnelles (DiMaggio et Powell, 1991). Bien que la régulation souple puisse aussi s'adresser aux individus, notre analyse se bornera aux seules règles souples visant les organisations. D'autre part, l'intermédiation est une activité organisationnelle encore peu théorisée quoique repandue dans les faits (Levi-Faur et Starobin, 2014). Ainsi, des organisations aussi diverses que les cabinets d'audits (Ramirez, 2012) ou de conseil (Brès et Gond, 2014), les associations professionnelles (Greenwood, Suddaby, et Hinings, 2002) ou de consommateurs (Talesh, 2015) ou bien encore les plateformes de l'économie collaborative (Cohen et Sundararajan, 2015) peuvent agir comme intermédiaires de régulation. Or, bien qu'une littérature émerge sur cette activité organisationnelle (K. W. Abbott, Levi-Faur, et Snidal, 2017a) la question des effets de l'intermédiation pour les organisations régulées comme régulatrices demeure ouverte. La régulation étant devenue une composante générale du capitalisme (Levi-Faur, 2017), contribuer à rendre compte de ses transformations en apportant des éléments de réponse à cette question peut donc concerner un nombre important d'organisations.

Par construction, l'intermédiation se déploie dans des régimes souples de régulation (K. W. Abbott et al., 2015). Il en résulte que la présente thèse aurait pu s'intituler : « les effets de l'intermédiation ». Toutefois, le terme d'intermédiation étant employé également hors de la littérature sur la régulation souple, nous avons préféré la formule « régulation souple

intermédiée », qui, bien que pléonastique, présente l'avantage de mieux situer le sujet de notre recherche. La notion de régime de régulation, en revanche, n'est pas mentionnée dans notre titre. La raison en est que nous mettons en regard le contenu que peut prendre cette notion (Hood, Rothstein, et Baldwin, 2001; Levi-Faur, 2011) avec celle de régime de gouvernementalité, forgée par Aggeri (Aggeri, 2005) à la suite des travaux de Michel Foucault. Si nous tentons bien de retracer les effets du régime de régulation souple intermédiée de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, nous examinons ces effets à travers un prisme particulier qui est celui de la gouvernementalité (Foucault, 1978, 1979, 1980, 1982, 1983a, 1984c). Nous reviendrons sur l'élaboration progressive de ce concept dans l'œuvre de Michel Foucault, et proposerons sur cette base une approche en régimes de gouvernementalité. Nous expliciterons également les particularités de cette approche par rapport aux travaux précédents du CGS sur la gouvernementalité sanitaire en France (Cazin, 2017; Lenay, 2005). Ainsi, même si nous décrivons le régime de régulation de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal selon la grille d'analyse de la gouvernance de ces régimes établie par Levi-Faur (2011), nous abordons les effets de ce régime selon une autre grille analytique qui nous a paru mieux adaptée à cet usage. De manière à ne pas limiter la notion de régime à sa seule référence dans la théorie de la régulation, nous avons donc choisi de ne pas la faire figurer dans notre titre.

En outre, le régime de régulation et de gouvernementalité que nous avons observé n'a couvert qu'un des axes du Plan triennal : celui du virage ambulatoire. C'est sur cet axe qu'est principalement intervenue l'ANAP en tant qu'intermédiaire de régulation. Le cadre d'organisation que l'ANAP a eu pour mission de porter dans ce régime – celui de l'hospitalisation ambulatoire – était de nature divergente, c'est-à-dire qu'il remettait en cause la division des rôles entre les organisations et les professionnels du système de santé (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). Comprendre les usages que les professionnels travaillant dans les établissements de santé régulés ont pu faire des dispositifs de régulation souple intermédiée de cet axe du Plan triennal requiert par conséquent de prendre en compte les déterminants de ce type de changement organisationnel (Battilana et D'aunno, 2009; Greenwood et Hinings, 1996; Lawrence, Suddaby, et Leca, 2011; Micelotta, Lounsbury, et Greenwood, 2017; Schilke, 2017).

En concentrant notre analyse sur les effets de l'intermédiation, nous cherchons à la fois à les qualifier et à les évaluer. Nous étayons leur qualification à l'aide d'un codage inductif (Gioia, Corley, et Hamilton, 2013) et matriciel (Miles, Huberman, et Saldana, 2014) des données que nous avons recueillies au cours des trois années du Plan de transformation par une observation participante de l'activité de l'ANAP et par 59 entretiens semi-directifs auprès de 70 personnes ayant conduit ce Plan au niveau national, régional et dans les établissements de santé. Nous évaluons les effets de l'intermédiation en distinguant leur efficacité, c'est-à-dire leur correspondance aux résultats attendus de cette intermédiation, de leur utilité, c'est-à-dire leur réponse aux besoins des parties prenantes du système de santé (Desplatz et Ferracci, 2016; SGMAP, 2015). Pour la mesure de l'efficacité et de l'utilité de l'intermédiation, nous appliquons une méthode fréquemment utilisée en évaluation des politiques publiques – le calcul des différences de différences après appariement (Bertrand, Duflo, et Mullainathan, 2004; Caliendo et Kopeinig, 2008) – et discutons des apports et des limites de cette méthode pour les dispositifs de régulation souple intermédiée. Afin d'expliquer l'efficacité de ces dispositifs, nous mobilisons également l'analyse configurationnelle comparative (Rihoux et

Ragin, 2009). Pour l'analyse de leur utilité, nous avons recours à une modélisation sur données de panel (Hsiao, 2014) ainsi qu'aux données collectées auprès de cinq cas d'établissements de santé (Eisenhardt, 1989; Yin, 2009).

Dans sa globalité, notre étude de l'intermédiation dans le champ sanitaire français a des implications d'ordre méthodologique, théorique et pratique. Sur le plan méthodologique, nous proposons une démarche d'évaluation des effets de la régulation souple intermédiée adaptée aux problèmes de causalité complexe (Misangyi et al., 2017) que ce mode de régulation soulève. Sur le plan théorique, nous identifions trois effets de l'intermédiation – de capacitation contingente, de conjonction des véridictions et d'apprentissage alèthurgique[2] – qui complètent les modèles existants de l'intermédiation (K. W. Abbott et al., 2017c) en révélant des conditions permettant à cette intermédiation de produire des effets. Sur le plan pratique, notre approche en régimes de gouvernementalité invite à un usage constructif de l'appareillage conceptuel foucaldien, qui diffère de deux autres de ses emplois en sciences de gestion : l'analyse critique des relations de pouvoir (Hardy et Clegg, 2006; McKinlay et Starkey, 1998) et les typologies instrumentales (Lascoumes et Le Galès, 2004; Moisdon et al., 1997). En conséquence, nous formulons six préconisations destinées à améliorer l'efficacité et l'utilité de l'intermédiation dans le champ sanitaire en France. Ces implications nous amènent finalement à envisager les pistes de recherche future qui pourraient venir compléter cette thèse et prolonger l'accompagnement des acteurs du système de santé français dans les transformations de la régulation sanitaire. Le résumé ci-après décrit le chemin que nous avons parcouru pour aboutir à ces contributions méthodologiques, théoriques et pratiques.

[2] Nous empruntons le terme d'alèthurgie à Michel Foucault, pour qui il désigne les procédés par lesquels un sujet manifeste une vérité sur lui-même (Foucault, 1980, 1984c).

Résumé de la thèse

Le présent manuscrit est structuré en deux parties comprenant chacune trois chapitres. Dans la **première partie**, nous présentons le cadre théorique, empirique et méthodologique de notre recherche. Le *premier chapitre* est consacré aux éléments théoriques ayant guidé notre travail. Nous y resituons tout d'abord notre questionnement de recherche dans la problématique plus générale de l'émergence de nouveaux régimes de régulation caractérisés par leur souplesse et le recours à des intermédiaires. Nous exposons ainsi dans la première section les différentes conceptualisations successives des régimes de régulation (K. W. Abbott et al., 2015; Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2011) pour comprendre en quoi ces deux caractéristiques constituent des axes d'analyse synthétiques de ces régimes. Nous décrivons ensuite plus en détail la littérature existante sur chacun de ces axes. Concernant l'intermédiation, nous distinguons en deuxième section les intermédiaires des autres tierces parties dans la régulation (Jordana et al., 2011; Levi-Faur et Starobin, 2014) et décrivons l'état des connaissances sur ces intermédiaires à travers le modèle RIT – pour « Regulator-Intermediary-Target » – (K. W. Abbott et al., 2017c). À propos de la régulation souple, nous soulignons en troisième section comment ses propriétés collaboratives (Mörth, 2004) réflexives (Luo, Iyengar, et Venkatasubramanian, 2016; Veldman et Willmott, 2016) et réactives (Ayres et Braithwaite, 1992; Drahos et Krygier, 2017; Scott, 2017) amènent à reconsidérer la question de la conformité dans la régulation. Nous mettons également en évidence que, lorsque la régulation souple s'adresse à des organisations, elle passe par la création, la diffusion, l'adoption et l'adaptation de cadres d'organisation (Wedlin et Sahlin, 2017). La régulation souple implique donc de rendre compte des différentes manières selon lesquelles des cadres d'organisation peuvent s'institutionnaliser au sein d'un champ organisationnel (Micelotta et al., 2017). Toutefois, ni la littérature émergente sur l'intermédiation ni la littérature existante sur le changement institutionnel (Battilana et D'aunno, 2009; Greenwood et Hinings, 1996; Lawrence, Suddaby, et Leca, 2011; Micelotta, Lounsbury, et Greenwood, 2017; Schilke, 2017) ne permettent de savoir comment des dispositifs de régulation souple intermédiée produisent des effets sur les organisations régulées et régulatrices. Répondre à cette interrogation demande une approche plus instrumentale, centrée sur les effets des dispositifs d'action publique (Moisdon, 2013). C'est pourquoi nous proposons en quatrième section, à l'aide des travaux de Michel Foucault sur la gouvernementalité (Foucault, 1978, 1979, 1980, 1982, 1983a, 1984c), une approche en régimes de gouvernementalité (Aggeri, 2005) destinée à examiner les processus – d'objectivation et de subjectivation, de véridiction et de pouvoir – par lesquels des dispositifs animés par une rationalité gouvernementale particulière peuvent avoir des effets sur les organisations régulées et régulatrices.

Dans le *deuxième chapitre*, nous expliquons comment l'application de cette approche en régimes de gouvernementalité au secteur sanitaire français peut apporter des éléments de réponse à notre questionnement de recherche. Nous revenons en première section sur les travaux précédents du CGS concernant les formes de gouvernementalité dans ce secteur – la planification, la régulation tarifaire et la stimulation de l'exploration collective (Cazin, 2017; Lenay, 2005) – et mettons en évidence que ces formes ont tendance à s'hybrider. Aussi proposons-nous d'envisager les régimes de gouvernementalité sanitaire comme des tentatives successives d'articulation entre ces formes. Dans cette perspective, nous indiquons en

deuxième section que le Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé s'est singularisé par une planification stratégique englobant la régulation tarifaire, par une contractualisation administrée du taux de chirurgie ambulatoire, et par une mise en réseau d'acteurs co-intervenant dans la gestion du risque économique que représente la maladie. Cette tentative spécifique a donné lieu à un régime de régulation multi-niveaux et tripartite sur l'un des axes du Plan triennal relatif au « virage ambulatoire et [à l']adéquation de la prise en charge en établissement ». Cet axe a prioritairement mobilisé des dispositifs de régulation souple, principalement conçus et déployés par l'ANAP, visant à orienter l'autorégulation des hôpitaux vers l'adoption d'un nouveau cadre d'organisation : l'hospitalisation ambulatoire. Nous présentons par conséquent ce cadre d'organisation particulier en troisième section, en explicitant en quoi il diverge du cadre conventionnel de l'hospitalisation. Nous constatons néanmoins que, au commencement du Plan triennal, l'ambulatoire pouvait davantage fournir un cadre d'organisation alternatif en chirurgie qu'en médecine, où sa portée semblait limitée aux unités de jour.

Le *troisième chapitre* traite des méthodes que nous avons employées au cours de notre recherche-intervention pour analyser à travers notre approche en régimes de gouvernementalité les effets des dispositifs de régulation souple intermédiée de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal. Nous précisons en première section quelle a été l'évolution du positionnement du doctorant au sein de l'ANAP durant sa thèse et montrons que l'originalité initiale de ce positionnement n'a pas entravé le déroulement habituel de la recherche-intervention (David, 2012a, 2012b; Hatchuel et Molet, 1986; Kletz, 2018; Moisdon, 2015). Nous dessinons également la cartographie des méthodes utilisées pour répondre à chacune de nos trois questions de recherche et établir des liens entre ces réponses. Dans les sections suivantes, nous détaillons les modalités de collecte et de traitement des données indiquées dans cette cartographie. Nous décrivons ainsi dans la deuxième section comment nous avons collecté des données de manière longitudinale (Pettigrew, 1990) auprès d'acteurs du Plan triennal à différents niveaux de régulation et comment nous avons traité ces données textuelles de manière inductive (Gioia et al., 2013) afin de retracer la transformation de la régulation sanitaire qui a eu lieu durant ce Plan ainsi que le fonctionnement macro de ce régime. Dans la troisième section, nous abordons comment nous avons rendu compte du fonctionnement de la régulation au niveau régional puis à l'échelle des établissements régulés à l'aide d'un codage matriciel (Miles et al., 2014) des données recueillies auprès des régulateurs régionaux du Plan et de trois cas d'établissements (Yin, 2009). Enfin, dans la quatrième section, nous relatons comment nous avons mesuré l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée en différences de différences (Bertrand et al., 2004) après appariement (Caliendo et Kopeinig, 2008), puis comment nous avons expliqué cette efficacité à l'aide d'une analyse configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009) complétée de deux études approfondies de cas extrêmes d'adoption et de rejet du cadre d'hospitalisation ambulatoire (Eisenhardt, 1989). Nous concluons cette dernière section par l'exposé des méthodes auxquelles nous avons eu recours pour évaluer l'utilité de ces dispositifs : la modélisation sur données de panel (Hsiao, 2014) et la description de la perception des impacts du virage ambulatoire par les personnes interrogées au cours de nos cinq études de cas (Desplatz et Ferracci, 2016).

La **seconde partie** du manuscrit est consacrée à la présentation ainsi qu'à la discussion de nos résultats. La présentation des résultats occupe les quatrième et cinquième chapitres, et leur discussion le sixième. Le *quatrième chapitre* donne à voir dans son ensemble le régime de gouvernementalité de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal. Il commence, en première section, par l'explicitation de chacune des composantes caractérisant ce régime : une technologie sécuritaire, une subjectivation rétroactive des organisations régulées, une combinaison de procédures de véridiction alèthurgiques ainsi qu'une dominante pastorale des mécanismes de pouvoir. La compréhension de l'articulation entre ces composantes permet de dévoiler comment la régulation sanitaire s'est transformée au cours du Plan triennal (QR1) et d'appréhender, en début de seconde section, le fonctionnement global de la régulation à l'échelle nationale. L'analyse de ce fonctionnement (QR2) est ensuite déclinée au niveau déconcentré par une typologie des appropriations régionales des dispositifs de régulation, puis au niveau des établissements régulés par une modélisation du fonctionnement de leur autorégulation sur la base de trois cas. Transparaissent dans ce chapitre trois contributions de l'ANAP au fonctionnement du régime de régulation, ce qui nous amène à qualifier trois effets de cette intermédiation (QR3) : l'apprentissage alèthurgique, la conjonction des véridictions et la capacitation contingente.

Le *cinquième chapitre* est dédié à la mesure et à l'explication de l'efficacité ainsi que de l'utilité de ces effets de l'intermédiation. Dans la première section, nous apprécions l'efficacité à deux ans des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal pour l'accélération du virage ambulatoire des établissements de santé en chirurgie comme en médecine. Nous mettons ainsi en évidence une amélioration d'environ un point du taux de chirurgie ambulatoire et une réduction de deux à quatre heures de la durée moyenne de séjour en médecine imputables à l'inclusion dans le groupe des établissements accompagnés par l'ANAP. Dans la deuxième section, nous expliquons une partie de cette efficacité en identifiant la participation de l'ANAP à la réussite de deux stratégies de conduite du changement ambulatoire en chirurgie, reposant, pour l'une, sur la légitimation externe de ce changement, et, pour l'autre, sur le pilotage de ses objectifs. Nous montrons cependant que le principal outil de diagnostic diffusé par l'ANAP n'a ciblé qu'incomplètement les pratiques opérationnelles associées au virage ambulatoire en chirurgie, ce qui limite les possibilités de connaissances quant aux leviers opérationnels que ces stratégies ont mobilisés. Sur le plan de l'utilité, nous constatons en troisième section que les dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal n'ont pas eu jusqu'à fin 2016 d'influence sur l'équilibre économique des établissements de santé qu'ils étaient censés aider à maintenir. Ce manque d'impact économique est cohérent avec l'absence de corrélation linéaire observable entre les variables du virage ambulatoire et l'équilibre d'exploitation des établissements de santé sur cette période. Nos enquêtes de terrain suggèrent en outre que cette absence de corrélation peut provenir en partie des impacts du cadre d'hospitalisation ambulatoire sur le travail des professionnels en établissements de santé. Ce cadre induit en effet des besoins en ressources humaines qui peuvent venir composer certaines baisses d'effectifs liées à la suppression d'équipes de nuit et de weekend.

Dans le *sixième chapitre*, nous discutons des apports et des limites méthodologiques, théoriques et pratiques de l'ensemble de nos résultats, tout en esquissant les perspectives de recherche futures que cette thèse invite à explorer. Dans la première section, nous proposons, sur le fondement de notre expérimentation, une démarche méthodologique d'évaluation de la

régulation souple intermédiée adaptée aux problèmes de causalité complexe (Misangyi et al., 2017) que pose cette forme de gouvernance de la régulation. Prolongeant notre examen des contributions de notre travail à la littérature sur la régulation souple intermédiée, nous soulignons que les trois effets de l'intermédiation que nous avons mis en exergue enrichissent le modèle RIT (K. W. Abbott et al., 2017c) en révélant des conditions d'effectivité de cette intermédiation, c'est-à-dire des conditions qui permettent aux capacités et fonctions des intermédiaires de produire des effets sur les organisations régulées et régulatrices. Dans la deuxième section, nous précisons en quoi notre approche en régimes de gouvernementalité diffère de deux autres usages de ce corpus théorique en sciences de gestion : l'analyse critique des relations de pouvoir (Hardy et Clegg, 2006; McKinlay et Starkey, 1998) et les typologies instrumentales (Lascoumes et Le Galès, 2004; Moisdon et al., 1997). Notre approche invite notamment à un triple décloisonnement : 1. entre les mécanismes de pouvoir et les autres dimensions de la gouvernementalité traitées par Michel Foucault (1978, 1979, 1980, 1982, 1983a, 1984c) ; 2. entre la pensée foucaldienne et d'autres courants de la littérature en gestion ; et 3. entre la recherche sur la gouvernementalité et le fonctionnement de l'action publique. Dans la mesure où cette approche est orientée vers la construction d'une action collective (Hatchuel, 2005, 2012) nous l'avons qualifiée de constructive.

Nous illustrons cette dimension constructive en troisième section, par la formulation de six préconisations pratiques visant à améliorer l'efficacité et l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée dans le champ sanitaire français. Ces recommandations appellent à : 1. vérifier au préalable la pertinence des cadres d'organisation préconisés pour les objectifs visés par les régulateurs centraux ; 2. interroger l'utilité de ces cadres d'organisation pour l'ensemble des parties prenantes du système de santé ; 3. identifier les conditions opérationnelles nécessaires et/ou suffisantes au développement de ces cadres ; 4. moduler l'apport de l'intermédiaire en savoir-faire méthodologiques et en expertises thématiques aux régulateurs régionaux ; 5. réaliser un diagnostic des dynamiques internes aux établissements de santé vis-à-vis du changement organisationnel souhaité ; 6. différencier les flux d'apprentissage et de contrôle dans la régulation. Ces préconisations peuvent cependant être amenées à évoluer dans le futur, à mesure que les transformations en cours de la régulation dans ce champ seront encore mieux connues. C'est pourquoi nous incitons les acteurs du système de santé ainsi que les chercheurs qui souhaiteraient les accompagner dans ces transformations à considérer cinq de aspects que nous n'avons pas pu investiguer : 1. la mesure de l'efficacité et de l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée sur l'intégralité de la durée du Plan triennal ; 2. l'importance du statut des professionnels porteurs des changements de cadres d'organisations pour la réussite de ces changements ; 3. les conditions de succès des stratégies normatives de conduite de ces changements ; 4. la pertinence de nos recommandations pour des régimes touchant non plus seulement au changement mais à l'innovation organisationnelle ; et 5. le potentiel de généralisation des résultats obtenus à d'autres champs organisationnels dans lesquels la logique professionnelle est moins prégnante.

En **conclusion**, nous dressons un bilan de notre expérience d'accompagnement par la recherche-intervention des transformations actuelles de la régulation sanitaire, en examinant les effets de cette intermédiation entre régulation et recherche. Nous en tirons des

enseignements quant aux opportunités de développement de la recherche-intervention créées par ces transformations.

Partie 1 : Cadre théorique, empirique et méthodologique

Introduction de la première partie

Dans cette première partie, nous positionnons le questionnement de recherche exposé en introduction sur les plans théorique, empirique et méthodologique. Au plan théorique tout d'abord, nous allons voir, dans le premier chapitre, que ce questionnement s'inscrit dans la problématique plus large de l'émergence de nouveaux régimes de régulation. Nous abordons les différentes approches possibles de ces régimes, et expliquons en quoi le modèle de l'orchestration (K. W. Abbott et al., 2015) permet d'appréhender les changements en cours de la régulation selon deux axes synthétiques : la nature des règles, dures ou souples, et le rapport, direct ou indirect, entre régulateurs et régulés. Suivant ce modèle, nous faisons état des connaissances actuelles sur les formes indirectes et souples de régulation, et nous constatons que la question des effets de ces formes émergentes de régulation sur les organisations régulées et régulatrices a encore été peu traitée. En nous fondant sur les travaux du Michel Foucault portant sur la gouvernementalité, nous proposons donc une approche instrumentale visant à comprendre ces effets.

Nous indiquons ensuite, dans le second chapitre, en quoi notre terrain fournit un cadre empirique particulièrement riche pour tester cette approche. Nous précisons comment notre approche vient compléter les études précédentes de la gouvernementalité sanitaire en France menées avant nous par d'autres chercheurs du CGS (Cazin, 2017; Lenay, 2005). Nous soulignons également que le cas de la participation de l'ANAP au Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé est intéressant pour notre questionnement de recherche, car l'ANAP constitue un exemple d'intermédiaire pur, c'est-à-dire non investi d'un pouvoir de contrainte, et opérant par conséquent uniquement à travers la conception et la diffusion de cadres organisationnels pour les hôpitaux. Aussi présentons-nous le changement de cadre organisationnel que l'ANAP avait spécifiquement en charge de porter pour le Plan triennal : le virage ambulatoire, en explicitant les éléments de divergence de ce cadre par rapport à ceux qui se sont historiquement institués à l'hôpital.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous exposons la manière dont nous avons fait le lien entre notre approche théorique et notre terrain, à travers une démarche partenariale de recherche-intervention avec l'ANAP. Nous décrivons la logique d'ensemble de cette démarche, puis nous détaillons les méthodes que nous avons employées pour répondre à chacune de nos questions de recherche. Nous concluons cette partie en résumant les résultats attendus de ce positionnement théorique, empirique et méthodologique.

Chapitre 1 : La régulation souple intermédiée analysée sous l'angle de la gouvernementalité

Dans ce chapitre, nous montrons en quoi les évolutions de la régulation sanitaire en France s'inscrivent dans un mouvement plus général d'émergence de régimes de régulation nouveaux. Dans la première section, nous présentons les cadres conceptuels les plus usités pour qualifier les régimes de régulation (Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2011) et nous explicitons en quoi le modèle de l'orchestration élaboré par Abbott et al. (2015) nous paraît en proposer une synthèse. Suivant les axes de ce modèle, nous exposons ensuite l'état des connaissances récentes sur la régulation souple intermédiée : nous traitons en seconde section de l'intermédiation, et en troisième section des formes souples de régulation. Nous examinons en quatrième section comment une approche instrumentale fondée sur l'analyse des régimes de gouvernementalité (Aggeri, 2005) peut aider à combler le manque actuel de savoirs sur les effets des régimes de régulation souple intermédiée.

Section 1 : Les régimes de régulation

L'intérêt académique pour la régulation en tant que forme d'action publique prend sa source dans les transformations de l'État-providence depuis les années 1980 (Majone, 1994). Alors que l'État-providence de type beveridgien assurait lui-même la délivrance de biens et de services publics aux citoyens, l'État régulateur fait appel, à travers la définition, le contrôle d'application et la mise en exécution de règles, à d'autres acteurs que lui-même pour produire ces biens et services (Levi-Faur, 2017). Comme illustré par Scott (2017) dans le cas anglais, ces acteurs peuvent être des agences de régulation ou d'exécution, des entreprises publiques ou privées, ou bien encore des organismes à but non lucratif. De la même manière, l'État-providence de type bysmarkien est amené à devoir décentraliser la gestion des systèmes assurantiels et à transférer une partie de ses compétences à des acteurs privés (Rosanvallon, 1981). La multitude des acteurs participant à la régulation et la variété de leurs implications entre pays et secteurs a donné naissance à la notion de régime de régulation (Hood et al., 2001). Cette conceptualisation a fourni un cadre de comparaison très large de ces régimes, en partant de l'étude de la régulation du risque sanitaire. Levi-Faur (2011) a plus tard généralisé la notion à d'autres objets de régulation, tout en centrant l'analyse sur la gouvernance de ces régimes. Abbott et al. (2015) ont, plus récemment encore, proposé une classification simplifiée des modes de gouvernance des régimes de régulation reposant sur deux axes : la nature des règles et le rapport entre régulateurs et régulés.

Les régimes de régulation du risque (Hood et al., 2001)

L'une des premières conceptualisations de la notion de régime de régulation est due à Hood, Rothstein et Baldwin (2001). Le but de ces auteurs était de développer un cadre d'analyse

permettant la comparaison des différentes approches existantes de la régulation du risque sanitaire, ainsi que la compréhension des facteurs pouvant expliquer cette diversité. Ce cadre comprend deux dimensions fondamentales, elles-mêmes divisées en plusieurs composantes. La première de ces deux dimensions est le *système de contrôle* du régime, incluant trois composantes : 1. la collecte d'information ; 2. la fixation de standards, de buts ou de cibles ; et 3. les manières de modifier le comportement des régulés afin d'atteindre ces standard, buts ou cibles. Cette première dimension est donc l'héritière des travaux sur la cybernétique, entendue comme la science des systèmes de contrôle et de communication. Elle présuppose que, pour qu'un régime de régulation fonctionne, le régulateur doive disposer de trois capacités : celle de définir un état souhaitable du système, celle de connaître son état initial et d'en suivre les changements, ainsi que celle d'induire les modifications de comportements requises afin d'obtenir le changement voulu. La seconde dimension des régimes de régulation du risque est leur *base institutionnelle et instrumentale*. Une première composante de cette base est formée par le contexte du régime, qui constitue le milieu dans laquelle la régulation opère. Trois éléments principaux déterminent ce contexte : 1. le type de risque visé ; 2. les préférences et attitudes du public face à ce risque ; et 3. les groupes d'intérêt organisés qui sont concernés par ce risque. Le contenu du régime forme le second pilier institutionnel et instrumental. Ce contenu comprend également trois éléments essentiels : 1. la taille du régime, déterminée par l'ambition du régulateur et les ressources consacrées à la régulation ; 2. la structure, qui désigne la manière dont la régulation est organisée institutionnellement ; et 3. le style, qui recouvre « les conventions de fonctionnement et les attitudes de ceux qui sont impliqués dans la régulation, ainsi que les procédés formels et informels à travers lesquels la régulation opère » (Hood et al., 2001, p. 32).

Dans son ensemble, le cadre analytique élaboré par Hood et al. (2001) admet un certain degré de contingence, dans la mesure où le contexte d'un régime peut influencer son contenu, notamment sa taille. Cette perspective n'est toutefois pas déterministe, puisque la réponse des organismes de régulation à un contexte donné peut varier en fonction de caractéristiques intrinsèques à ces organismes, telles que leur culture technocratique ou bureaucratique. Ce cadre présente surtout l'avantage de proposer une première description globale des régimes de régulation, qui se veut assez macroscopique pour pouvoir les caractériser sans force détails, et assez analytique pour en appréhender la variété. Néanmoins, les auteurs offrent la possibilité de décomposer encore plus finement chacun des éléments énoncés plus haut, ce qui aboutit *in fine* à un tableau taxonomique à 24 entrées pour la seule dimension institutionnelle et instrumentale. En outre, cette première théorisation laisse largement ouverte la question des liens entre, d'une part, les dimensions cybernétique et institutionnelle-instrumentale, et d'autre part, entre les composantes de chacune de ces dimensions. Ce constat est problématique car la notion de régime, comme ces auteurs le soulignent, suppose une cohérence systémique qu'ils n'observent que rarement en pratique. Une vision plus intégrée des régimes de régulation est par conséquent nécessaire pour comprendre comment ces régimes peuvent former un tout, qui permet de les identifier et de les distinguer. Enfin, ce cadre a été développé pour un objet spécifique de régulation : le risque sanitaire. Son potentiel de généralisation à des régimes de régulation traitant d'autres formes de risques, ou visant un autre objet que la prévention d'un risque, n'est donc pas garanti. L'approche des régimes de régulation par leur gouvernance apporte des réponses à ces enjeux de généralisation et de perception du fonctionnement d'ensemble de la régulation.

La gouvernance des régimes de régulation (Levi-Faur, 2011)

Revenant aux origines de la notion de régime de régulation, Levi-Faur (2011) rappelle que celle-ci provient de la définition donnée par Krasner (2004, p. 185) d'un régime comme « principes, normes, règles, et procédures de prise de décisions autour desquelles les attentes des acteurs convergent dans un champ et pour une problématique donnés ». Levi-Faur (2011) note également que l'application de cette définition à l'étude de la régulation est l'œuvre de Vogel (S. K. Vogel, 1996, pp. 20-21), dans laquelle celui-ci distingue deux composantes des régimes de régulation : 1. l'orientation du régime, qui désigne « les croyances des acteurs étatiques quant au périmètre, aux buts et à la méthode appropriés d'intervention gouvernementale sur l'économie et quant aux effets de cette intervention sur la performance économique » ; et 2. l'organisation du régime, qui se réfère à « l'organisation des ces acteurs étatiques ainsi que leur relation avec les acteurs privés du secteur qui les concerne ». L'organisation des régimes de régulation mêle donc à la fois des éléments de contenu et de contexte, aux sens de Hood et al. (2001). Les systèmes de contrôle n'apparaissent plus comme une dimension nécessaire au fonctionnement des régimes de régulation. En revanche, les régimes de régulation, dans l'acception de Vogel (1996), requièrent que les acteurs étatiques partagent une croyance sur l'orientation de l'action publique, et qu'ils mobilisent les acteurs privés du secteur sur lequel ils souhaitent agir dans cette direction. Cette perspective met donc l'accent sur comment la régulation est régulée, c'est-à-dire sur les modes de gouvernance de la régulation. Puisqu'elle s'intéresse précisément au « périmètre, aux buts et à la méthode » de l'intervention gouvernementale qui sont jugés pertinents, cette compréhension des régimes de régulation n'est pas limitée à la prévention du risque. Les formulations employées par Vogel (1996) supposent toutefois que la régulation est le fait de l'État, et qu'elle porte sur la performance économique d'acteurs privés.

Élargissant cette approche de la gouvernance des régimes de régulation, Levi-Faur (2011) propose de l'appréhender selon trois questions : Qui régule ? Qu'est-ce qui est régulé ? Et comment ? Les réponses possibles à la question : « *Qui régule* ? » constituent une première extension de la problématique de la gouvernance des régimes de régulation, puisqu'elles n'incluent pas que les acteurs étatiques. Comme l'indique Levi-Faur (2011, p. 7) : « alors que peu d'entre nous agissent comme des régulateurs professionnels, la plupart, sinon la totalité d'entre nous agissent dans une certaine mesure comme des régulateurs ». Cette vision distribuée permet de distinguer trois stratégies de régulation : 1. la régulation unipartite, dans laquelle le régulé se régule lui-même, également appelée « autorégulation » ; 2. la régulation bipartite, dans laquelle le régulateur est distinct du régulé ; et 3. la régulation tripartite, dans laquelle une tierce partie intervient entre le régulateur et le régulé. Levi-Faur (2011) souligne que la régulation bipartite est souvent associée à la régulation d'État, mais qu'un nombre croissant d'autres acteurs, telles que les grandes entreprises, développent des capacités de régulation. Le caractère professionnel de la régulation n'est donc plus uniquement réservé, selon Levi-Faur (2011), à la bureaucratie d'État. En outre, apparait dans cette analyse la problématique du rôle des tierces parties, sur laquelle nous reviendrons en détails dans la section suivante. Levi-Faur (2011) se borne ici à constater que la figure la plus connue de

tierce partie dans la régulation est celle de l'auditeur, en raison notamment des travaux de Power (1997) sur la généralisation des procédures de vérification à l'échelle de la société. Nous verrons néanmoins en section suivante que des contributions ultérieures de Levi-Faur mettent en avant que l'accréditation et la vérification ne sont que certaines des modalités, les plus étudiées jusqu'à présent, de l'activité des tierces parties dans la régulation.

La gouvernance de la régulation peut en outre porter sur différentes catégories d'objets, ce qui permet de guider l'analyse de *ce qui est régulé*. Ces catégories ne sont pas présentées comme exclusives l'une de l'autre, ni comme consubstantielles à tout système de gouvernance de la régulation. Contrairement au cadre de Hood et al. (2001), celui proposé par Levi-Faur ne cible donc pas un objet particulier de régulation, mais invite davantage à s'interroger sur ce que les régimes de régulation visent à réguler, à l'aide d'une grille de lecture en huit points. La régulation peut ainsi concerner l'*entrée* sur un marché, lorsqu'elle définit qui est éligible à fournir un bien, un service ou une information. Symétriquement, elle peut déterminer la *sortie* d'un marché, lorsqu'elle révoque le droit de certains opérateurs à exercer une activité. La régulation peut également prescrire ou proscrire certains *comportements* en spécifiant quelles actions ou quels discours sont acceptables ou non. La régulation peut aussi se focaliser sur les *coûts* des biens et des services, ou encore sur les *technologies* de production ou de contrôle. Elle peut réguler le *contenu* d'informations, comme dans les médias par exemple. Elle peut intervenir dans les processus de socialisation, de professionnalisation ou d'éducation pour influencer les *préférences* des régulés. La régulation peut enfin toucher à la *performance* des régulées, lorsqu'elle est dirigée vers l'atteinte de certains résultats.

L'implication de différents acteurs dans la gouvernance de la régulation, ainsi que la nature des objets qu'elle cible, déterminent en partie comment elle opère. Toutefois, l'hybridité du rôle des acteurs et la multiplicité possible des objets visés par un système donné de régulation invite à envisager des réponses plus complexes à la question « *comment réguler ?* ». Une première de ces formes hybrides de régulation est la co-régulation, dans laquelle régulateurs et régulés coopèrent pour définir, exécuter et contrôler les règles. Une seconde forme complexe est l'autorégulation forcée, c'est-à-dire l'obligation faite au régulé par le régulateur de se constituer pour lui-même un code de conduite, que le régulateur pourra approuver ou renvoyer au régulé pour révision. Lorsque le régulé peut définir librement ses propres règles, dans le cadre d'orientations proposées par le régulateur, une troisième forme complexe de régulation apparaît : la méta-régulation. Ce terme recouvre toute forme de régulation consistant à réguler une autre forme de régulation qu'elle-même. L'accréditation de codes de conduite adoptés volontairement par les entreprises constitue ainsi un exemple de méta-régulation. Enfin, la régulation peut être distribuée entre plusieurs autorités disposant de compétences territoriales, fonctionnelles ou hiérarchiques distinctes, donnant lieu à une régulation multi-niveau.

Dans sa globalité, l'analyse de la gouvernance des régimes de régulation permet d'investiguer les manières selon lesquelles les composantes de ces régimes – systèmes de contrôle, contenu et contexte – peuvent être assemblées en vue d'une orientation commue. Cette approche facilite l'identification des acteurs, des objets et des relations qui composent ces régimes. Toutefois, il s'agit d'un cadre de pensée très large, conçu pour être adaptable à tout cas de régulation. Il n'est donc pas aisé d'en tirer une typologie des régimes de régulation, qui guiderait leur caractérisation et la compréhension de leurs spécificités. Le

modèle de l'orchestration, en proposant une classification des modes de gouvernance de la régulation qui repose sur deux axes englobant, offre par conséquent une synthèse utile à cette approche.

Le modèle de l'orchestration (Abbott et al., 2015)

Abbott et al. (2015) distinguent quatre modes de gouvernance de la régulation, selon la nature, dure ou souple, des règles qu'ils emploient, et selon le rapport, direct ou indirect, entre régulateur et régulé. Ces auteurs considèrent comme « dures » des règles « obligatoires et exécutoires » (Abbott et al., 2015, p. 25), telles par exemple que les normes légales. Ces règles sont coercitives, c'est-à-dire qu'elles reposent sur l'exercice d'une contrainte, et sont associées à des menaces de sanction en cas d'infraction. Par opposition, les « incitations idéationnelles ou matérielles » (Abbott et al., 2015, p. 25) par lesquelles le régulateur cherche à obtenir une adhésion volontaire du régulé constituent des règles souples. Il peut s'agir par exemple de recommandations de bonnes pratiques ou de codes de conduite que le régulé peut utiliser pour se réguler lui-même. En outre, le régulateur peut interagir directement avec le régulé ou par le biais d'une tierce partie. Lorsque le régulateur s'occupe directement des régulés sur la base de règles dures, le mode de gouvernance est dit « hiérarchique ». La *hiérarchie*, ainsi définie, est le mode de gouvernance traditionnelle de la bureaucratie d'État. La *collaboration* désigne le rapport direct entre régulateur et régulé fondé sur des règles souples. Abbott et al. (2015) notent que la gouvernance collaborative est fréquente dans la régulation des activités qui requièrent un haut niveau d'expertise technique, telle par exemple que la médecine. Dans ces secteurs, au lieu d'imposer des contraintes de manière descendante, les régulateurs privilégient souvent la collaboration avec les associations professionnelles.

Les relations indirectes entre régulateurs et régulés peuvent également être dures ou souples. La régulation indirecte et dure correspond au modèle classique de l'agence, dans lequel le régulateur – nommé « principal » – délègue son autorité à « agent » afin qu'il l'exerce auprès du régulé. Dans ce troisième type de gouvernance de la régulation, labellisé « *délégation* », le régulateur est alors réputé disposer des moyens pour contrôler et contraindre l'agent à respecter sa mission. Enfin, l'*orchestration* est un mode indirect et souple de gouvernance de la régulation. Contrairement au modèle classique de l'agence, le régulateur, alors « orchestrateur », ne contrôle pas et ne contraint pas l'intermédiaire, soit parce qu'il n'en a pas la capacité, soit parce qu'il préfère ne pas recourir à cette capacité. L'intermédiaire est donc volontairement impliqué dans la régulation, car celle-ci sert ses propres buts. L'orchestrateur apporte à l'intermédiaire un soutien idéationnel et matériel pour l'aider à accomplir sa tâche. Abbott et al. (2015) remarquent que l'élaboration de standards à caractère technique, qui n'émanent pas d'autorités gouvernementales mais d'associations privées – comme l'Association française de normalisation – que l'État coordonne et appuie, représente une forme d'orchestration.

Cependant, Abbott et al. (2015) soulignent qu'il existe en pratique des degrés de souplesse et d'intermédiation, et que ces quatre modes de gouvernance idéaux-typiques doivent donc être considérés dans un continuum axial pouvant évoluer dans le temps. Ainsi par exemple, le

soutien à l'autorégulation professionnelle peut s'apparenter à de l'orchestration lorsque les associations professionnelles jouent un rôle d'intermédiaire entre leurs membres et le régulateur. De la même manière, le niveau de contrôle ou de contrainte qu'un régulateur peut faire peser sur un intermédiaire est parfois variable, indiquant un mode de gouvernance hybride entre délégation et orchestration. Les caractéristiques des quatre modes de gouvernance identifiés par Abbott et al. (2015) sont résumées dans le tableau 1.1 ci-dessous.

Tableau 1.1 : Les quatre modes de gouvernance des régimes de régulation

	Directe	**Indirecte**
Dure	Hiérarchie	Délégation
Souple	Collaboration	Orchestration

Reproduit de Abbott et al. (2015, p.25)

Au delà de cette classification, Abbott et al. (2015) mettent en évidence le développement de l'orchestration comme mode de gouvernance à l'échelle internationale, mais suggèrent que celle-ci se déploie également à l'intérieur de chaque pays. Ces auteurs proposent et testent quatre hypothèses principales pouvant expliquer l'expansion générale de l'orchestration[3]. La première est que les régulateurs recourent à l'orchestration car ils ne disposent pas des *capacités* nécessaires pour conduire la régulation selon d'autres modes de gouvernance. Le régulateur peut ainsi manquer de compétences en matière de pilotage de la régulation, de connaissances opérationnelles ou de légitimité pour imposer ses objectifs ou pour collaborer directement avec les régulés. Abbott et al. (2015) précisent néanmoins que ce déficit de capacités ne peut être évalué de manière absolue, mais doit être apprécié par rapport à la nature du problème à traiter et des capacités qu'il requiert. Ces auteurs relèvent également qu'une orchestration réussie procède d'une habilitation mutuelle, dans laquelle l'intermédiaire apporte au régulateur les capacités pertinentes pour la régulation, mais dans laquelle l'orchestrateur fournit aussi à l'intermédiaire un soutien idéationnel et matériel.

La seconde hypothèse est que des intermédiaires pouvant offrir des capacités complémentaires sont *disponibles* dans le champ visé par la régulation, et que ceux-ci sont prêts à participer à la régulation car leurs objectifs sont convergents avec les buts de celle-ci. Les études empiriques considérées par Abbott et al. (2015) les amènent toutefois à nuancer cette hypothèse, car les orchestrateurs peuvent au besoin créer des intermédiaires répondant aux besoins de la régulation lorsque ceux-ci n'existent pas préalablement. Le facteur facilitant l'orchestration semble donc être plutôt la présence ou non des compétences nécessaires au fonctionnement de l'orchestration dans le secteur régulé, qui rendent possible la mobilisation ou la création d'un intermédiaire aux intérêts convergents avec ceux du régulateur.

La troisième hypothèse concerne la *centralité* du régulateur, c'est-à-dire le fait que son leadership soit reconnu dans le secteur d'activité qu'il entend réguler. Les données empiriques collectées par Abbott et al. (2015) indiquent qu'une très forte centralité peut rendre le recours à l'orchestration inutile, dans la mesure où le régulateur dispose alors en général de la capacité à imposer ses objectifs selon d'autres modes de gouvernance. À l'inverse, une très

[3] D'autres hypothèses, touchant spécifiquement à l'emploi de l'orchestration par les organismes internationaux, ne sont pas relatées ici.

faible centralité peut le rendre incapable de recruter des intermédiaires. Ainsi, les régulateurs suffisamment reconnus pour entraîner des intermédiaires dans la régulation sans être dans une position de leadership incontestable semblent être les plus enclins à recourir à l'orchestration. Enfin, Abbott et al. (2015) avancent l'hypothèse que qu'une *culture entrepreneuriale* de la part du régulateur facilite le recours à l'orchestration, en permettant l'exploration de modes de régulation divergents par rapport aux règles bureaucratiques traditionnelles.

En outre, Abbott et al. (2015) donnent des indications sur les techniques de l'orchestration, c'est-à-dire sur ce en quoi peut consister le soutien idéationnel et matériel que l'orchestrateur peut apporter à son intermédiaire. Un première technique consiste pour l'orchestrateur à user de son influence dans un secteur d'activité pour *rassembler* les acteurs de ce secteur autour de l'enjeu qu'il souhaite réguler, et à mettre ces acteurs en relation avec l'intermédiaire. L'orchestrateur peut aussi, grâce à sa *maîtrise de l'agenda politique*, déterminer des calendriers et des échéances qui vont orienter les priorités stratégiques des acteurs du secteur, facilitant ainsi l'action de l'intermédiaire auprès d'eux. De plus, l'orchestrateur peut fournir à l'intermédiaire une *assistance* matérielle sous forme de financement. En sus des ressources matérielles ainsi attribuées, cette technique contribue à rendre visible la *reconnaissance* par l'orchestrateur des compétences et de la légitimité de l'intermédiaire à agir sur un enjeu donné. Cette reconnaissance peut également prendre des formes politiques ou légales, par exemple à travers l'approbation explicite de l'action de l'intermédiaire par un organe politique, ou lorsque le régulateur confère une valeur légale aux standards définis par l'intermédiaire. Enfin, dans les régimes où interagissent plusieurs intermédiaires, l'orchestrateur peut accroître leur efficacité en *coordonnant* leurs activités.

Ainsi, le modèle de l'orchestration offre un cadre synthétique pour appréhender les différents modes de gouvernance des régimes de régulation. Il permet en outre d'expliquer les raisons pour lesquelles et les manières par lesquelles se développent des régimes reposant sur des formes souples et intermédiées de régulation. Il constitue une synthèse des approches décrites précédemment (Hood et al., 2001 ; Levi-Faur, 2011) dans la mesure où il établit que le choix des modes de gouvernance de la régulation dépend à la fois du contenu et du contexte du régime dans lequel elle se déploie. Plus précisément, la plus ou moins grande capacité du régulateur à traiter lui-même de manière descendante le problème sur lequel il entend agir joue un rôle clé dans la forme que prend la gouvernance de la régulation. Ce rapport entre capacité et problème détermine à la fois les objets à réguler, le rôle des acteurs en présence et la manière dont la régulation opère. Les modes de gouvernance auxquels peuvent conduire ce rapport impliquent également des systèmes de contrôle différents, selon que les relations entre les acteurs de la régulation reposent sur la hiérarchie, la délégation, la collaboration ou l'orchestration. Abbott et al. (2015) soulignent à de nombreuses reprises dans leur ouvrage que l'orchestration convient à des problèmes complexes de régulation, que des relations directes et descendantes entre régulateurs et régulés ne peuvent pas résoudre. Toutefois, et en dépit de tous ces apports, le modèle de l'orchestration traite prioritairement des relations entre l'orchestrateur et ses intermédiaires. Il renseigne donc finalement peu sur les effets de cette orchestration pour les régulés. En conséquence, il est nécessaire de creuser plus en détail les deux caractéristiques de l'orchestration – intermédiation et souplesse – afin de comprendre comment les régimes de régulation ainsi gouvernés fonctionnent et peuvent produire des effets sur les régulés.

Section 2 : L'intermédiation de la régulation

La typologie des modes de gouvernance construite par Abbott et al. (2015) conçoit deux formes de gouvernance indirecte : la délégation, dans laquelle des agents opèrent dans le cadre d'une régulation dure, et l'orchestration, faisant intervenir des intermédiaires dans des formes souples de régulation. Si la diffusion des agences de régulation à travers le monde et les secteurs économiques constitue un phénomène connu et documenté (Jordana et al., 2011), l'intermédiation demeurait jusque récemment une frontière encore peu explorée par la recherche sur la régulation (Levi-Faur et Starobin, 2014). Le modèle dit « RIT » - pour « Regulator-Intermediary-Target » - (K. W. Abbott et al., 2017c) apporte une première conceptualisation, étayée par une série d'études empiriques, de l'activité d'intermédiation de la régulation. Toutefois, cet embryon de littérature n'a pour l'instant que très peu abordé la question des effets de l'intermédiation sur les organisations régulées. De même, ces premières applications du modèle RIT ne rendent pas compte des transformations organisationnelles que l'intermédiation peut impliquer pour les régulateurs.

Les deux grands types de tierces parties dans la régulation : l'agent et l'intermédiaire

La délégation comme l'orchestration représentent des modes tripartites (Levi Faur, 2011) de gouvernance de la régulation. Chacune implique cependant des tierces parties différentes. Dans le schéma de la délégation, le tiers est un *agent* doté d'un pouvoir de contrainte. Le but et le périmètre de son action son clairement définis par le régulateur, qui peut contrôler la bonne application de cette mission, et user de son autorité pour sanctionner ou révoquer l'agent le cas échéant (Abbott et al., 2015). L'agent dispose néanmoins en général d'une certaine autonomie de décision, déterminée par les capacités de régulation qui lui sont conférées (Levi-Faur, 2011). Ce mode de régulation, d'abord né aux États-Unis dans la première moitié du XX^{e} siècle, s'est ensuite diffusé à travers le monde dans différents secteurs économiques (Levi-Faur, 2010). Jordana, Levi-Faur, et Fernández i Marín (2011) ont inventorié la création d'agences autonomes de régulation dans 48 pays et à travers 15 secteurs entre 1966 et 2007. Ces auteurs ont mis en évidence un pic de prolifération de ces agences durant la décennie allant de 1990 à l'an 2000, au point qu'au terme de cette expansion l'agence autonome de régulation apparaît aujourd'hui comme le mode de gouvernance de la régulation privilégié dans les économies capitalistes. Dans la logique de l'État régulateur (Majone, 1994), ce mode de gouvernance présente l'avantage de l'indépendance et du professionnalisme, car il crée une distance entre un régulateur opérant dans son champ spécifique d'expertise et la sphère politique (Levi-Faur, 2010).

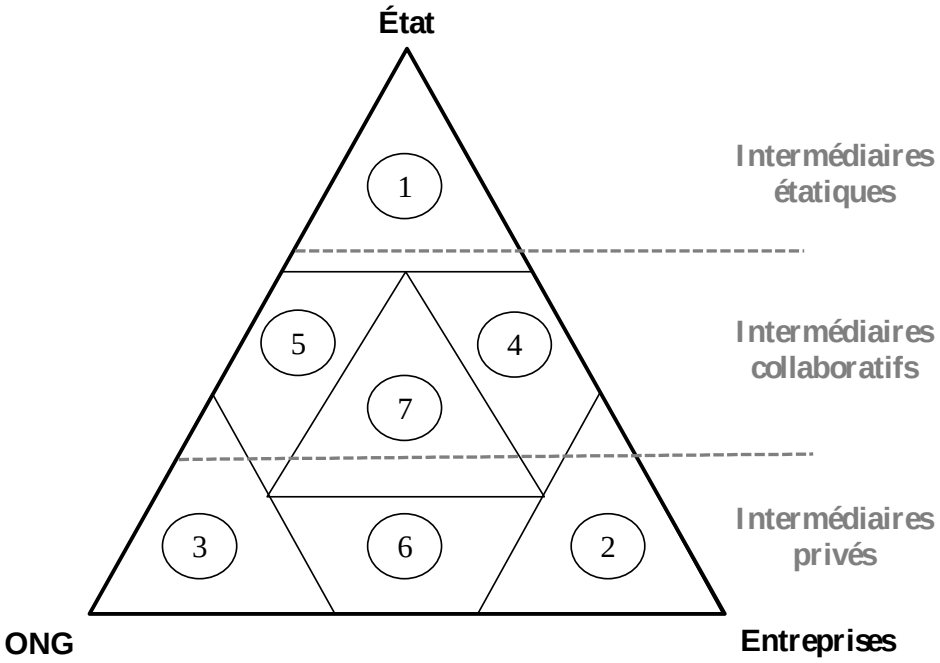
Toutefois, une contribution importante du travail d'Abbott et al. (2015) sur l'orchestration est de souligner qu'un autre type de tierce partie, l'intermédiaire, connaît également un essor à l'échelle internationale. Contrairement à l'agent, l'*intermédiaire* n'est pas investi par le régulateur d'une autorité contraignante. En retour, le régulateur ne bénéficie pas des mêmes

moyens de contrôle qu'avec un agent. Ce qui lie le régulateur à l'intermédiaire est un rapport de renforcement mutuel de leurs capacités en vue de buts communs. Abbott et al. (2015) fournissent également une première explication des raisons pouvant expliquer le besoin de recourir à des intermédiaires. En effet, le modèle de l'agence suppose un cadre de régulation dure, dans lequel les règles ainsi que la mission de la tierce partie peuvent être clairement déterminées à l'avance par le régulateur. Or, ainsi que le soulignent Abbott et al. (2015), le régulateur ne possède pas toujours la capacité d'édicter de telles prescriptions de manière descendante, par manque de connaissances techniques, opérationnelles, ou de légitimité. En somme, le régulateur ne maîtrise pas toujours suffisamment le problème à réguler pour pouvoir concevoir un cadre contraignant de régulation susceptible d'y répondre adéquatement. Comme le notent Abbott et al. (2015), ce constat est particulièrement fréquent pour la régulation des activités hautement professionnalisées.

Si l'intermédiation semble donc s'être développée empiriquement comme un mode de gouvernance pouvant correspondre à la régulation de problèmes complexes, le savoir académique disponible sur ces intermédiaires est beaucoup plus limité que celui relatif aux agences autonomes de régulation. Les travaux portant sur le travail des auditeurs et consultants (Brès et Gond, 2014; Ramirez, 2012) ont été pionniers dans l'identification d'une première figure de l'intermédiaire de régulation et de son rôle. Ces travaux ont ainsi révélé la participation de ces intermédiaires à la co-production des normes souples auprès des régulateurs, à leur réinterprétation locale auprès des régulés, ainsi qu'aux procédures de vérification ou d'accréditation associées à ces normes.

Néanmoins, d'autres contributions ont rapidement dévoilé un paysage de l'intermédiation beaucoup plus varié. Ainsi, Levi-Faur et Starobin (2014) ont proposé une typologie des intermédiaires de régulation inspirée des travaux antérieurs d'Abbott et Snidal sur la diversité des régulateurs (K. W. Abbott, 2012; K. W. Abbott et Snidal, 2009a, 2009b, 2010). Cette classification prend la forme d'un triangle, reproduit en figure 1.1 ci-après, dont l'État, les entreprises privées, et les organisations non-gouvernementales (ONG) forment les trois angles. Ces extrémités définissent ainsi trois natures différentes d'intermédiaires : étatiques, privés commerciaux, et privés non commerciaux. La catégorie des intermédiaires étatiques – situés en zone 1 du triangle – inclut l'ensemble des organisations gouvernementales ou intergouvernementales jouant un rôle d'intermédiaire de régulation. Levi-Faur et Starobin (2014) donnent comme exemples le Commissariat aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe et l'Agence internationale de l'énergie atomique. Les intermédiaires privés à but commercial – en zone 2 – comprennent des agences de notation ainsi que des cabinets de conseil ou d'audit. Les intermédiaires privés à but non commercial – en zone 3 – regroupent toutes les ONG opérant comme intermédiaires de régulation, souvent en surveillant l'action des régulateurs et en informant le grand public sur celle-ci. C'est le cas par exemple du Consortium pour les droits des travailleurs cité par Levi-Faur et Starobin (2014). Le long des côtés du triangle sont représentés les hybridations possibles entre ces trois natures, c'est-à-dire les intermédiaires qui résultent de collaborations entre États et entreprises privées – en zone 4 – entre États et ONG – en zone 5 – ou entre ONG et entreprises privées – en zone 6. Au centre du triangle – en zone 7 – se trouvent les intermédiaires nés d'une collaboration entre États, ONG et entreprises privées. L'Association indépendante de contrôle du travail des enfants, créée en 2003 au Pakistan, est ainsi née d'une telle collaboration (Levi-Faur et Starobin, 2014).

Figure 1.1 : Le triangle des intermédiaires de régulation



Reproduit de Levi-Faur et Starobin (2014, p. 37), en excluant les exemples insérés dans la figure.

Ce premier effort taxinomique permet de percevoir la variété des intermédiaires de régulation ainsi que leurs divers degrés de proximité avec les régulateurs, les régulés, et le grand public. Néanmoins, comme l'admettent Levi-Faur et Starobin (2014, p. 24) eux-mêmes, cette classification ne permet pas à elle seule de comprendre « comment, pourquoi et quand différents intermédiaires de régulation émergent ». Surtout, cette catégorisation par nature ne nous renseigne pas sur les différents rôles que peuvent jouer les intermédiaires, ni sur les effets de leur participation à la régulation. Ces questions constituent, selon ces auteurs, « une frontière passionnante et importante en matière de recherche sur la gouvernance de la régulation » (Levi-Faur et Starobin, 2014, p. 24). Or, cette frontière a commencé à être explorée récemment par le modèle RIT, développé par Abbott, Levi-Faur et Snidal (2017b).

Le modèle RIT : Regulator-Intermediary-Target

Le modèle RIT fournit une première conceptualisation de l'activité d'intermédiation de la régulation. En outre, plusieurs auteurs contribuant à un même volume l'ont déjà éprouvé empiriquement (K. W. Abbott et al., 2017a). Selon ce modèle, « tout acteur qui agit directement ou indirectement en lien avec un régulateur pour produire un effet sur le comportement d'un régulé » peut être considéré comme un intermédiaire de régulation (K. W. Abbott et al., 2017c, p. 19). Cette définition ne fait pas explicitement référence au cadre souple de régulation dans lequel interviennent ces intermédiaires, car, d'après Abbott et al.

(2017a) régulation souple et dure sont souvent entremêlées en pratique. Néanmoins, l'ensemble des études empiriques contenues dans le volume précité sont bien consacrées à des cas de régulation souple. Par souci de clarté, et afin de rester en cohérence avec le modèle de l'orchestration, dans la continuité duquel le modèle RIT entend se situer (Abbott et al. 2017c), nous réserverons le terme d'« intermédiaire » aux tierces parties agissant dans un cadre de régulation souple, et préserverons par conséquent la distinction entre ces intermédiaires et les agences autonomes de régulation fonctionnant en tant qu'agents d'un principal.

Conformément à la taxinomie de Levi-Faur et Starobin (2014), ces intermédiaires peuvent être publics ou privés, et donc dépendre de régulateurs ou de régulés quant à leurs ressources (Maggetti, Ewert, et Trein, 2017; Pegram, 2017). Parmi les exemples d'intermédiaires analysés à l'aide du modèle RIT, on trouve ainsi des cabinets d'audit et de conseil (Lytton, 2017), des organismes d'accréditation et de certification (Loconto, 2017), ainsi que des organisations gouvernementales et des associations privées (Marx et Wouters, 2017). Néanmoins, les catégories de « régulateur », « intermédiaire » et « régulé » ne sont pas exclusives au sein d'un même système de régulation, dans la mesure où certains acteurs peuvent remplir simultanément ou consécutivement ces fonctions (Havinga et Verbruggen, 2017). Ce constat se vérifie par construction dans les cas d'autorégulation, mais également dans les cas de co-régulation, où les normes sont coproduites au sein d'un réseau d'acteurs (Lytton, 2017). En outre, lorsqu'il existe plusieurs niveaux de régulation, des *chaines de régulation* fonctionnant en série ou en parallèle peuvent se former (Havinga et Verbruggen, 2017). Ainsi, un régulateur peut octroyer des prérogatives de régulation à un ou des régulateurs secondaires. De la même manière, les intermédiaires peuvent eux-mêmes avoir recours à des intermédiaires secondaires pour remplir leurs missions, lorsque leurs propres capacités doivent elles aussi être complétées (De Silva, 2017).

Le modèle RIT reprend et complète l'hypothèse première du modèle de l'orchestration (K. W. Abbott et al., 2015), puisque le recours aux intermédiaires y est principalement motivé par le besoin de mobiliser des capacités dont les régulateurs eux-mêmes ne disposent pas, mais qui sont utiles au fonctionnement de la régulation (K. W. Abbott et al., 2017c). Le modèle RIT décrit cependant plus en détail quelles sont ces capacités. Elles peuvent être de quatre ordres. La première de ces capacités est dite « *opérationnelle* ». Ce terme désigne la capacité à interagir concrètement avec les régulés dans leurs activités en lien avec la régulation, afin de leur fournir une assistance dans la mise en œuvre de la régulation tout en surveillant leur comportement. Une seconde forme de capacité est l'*expertise*, comprise comme un savoir spécialisé touchant à la fois aux normes de la régulation et à la manière de les mettre en œuvre. Cette expertise inclut une connaissance suffisante du comportement des régulés pour savoir comment la conformation aux normes peut être obtenue. L'*indépendance* constitue une troisième forme de capacité. Elle est entendue à la fois vis-à-vis des régulateurs et des régulés. Cette capacité, importante surtout pour les intermédiaires devant évaluer l'impact des normes, peut être mise à mal lorsque l'intermédiaire dépend de régulateurs ou de régulés quant à ses ressources. Enfin, la *légitimité* représente une quatrième forme de capacité, qui découle en partie des trois capacités précédentes. Ainsi, un intermédiaire qui sait interagir opérationnellement avec les régulés, qui connaît suffisamment les normes de la régulation et le fonctionnement des régulés pour les guider dans le sens de la conformité, en toute indépendance des régulés comme des régulateurs, a de plus forte chance d'être perçu comme légitime par les uns et les autres. D'autres capacités de l'intermédiaire peuvent toutefois

également accroitre sa légitimité, comme par exemple la capacité d'associer un plus grand nombre de parties prenantes à la régulation que les régulateurs eux-mêmes ne pourraient le faire.

Ces quatre formes de capacité permettent aux intermédiaires d'assurer trois fonctions principales aux trois étapes de la régulation retenues par le modèle RIT (K. W. Abbott et al., 2017c). Durant la mise en œuvre, les intermédiaires opèrent comme *traducteurs des normes*, par exemple en produisant des guides de bonnes pratiques. Ils peuvent aussi interagir plus directement avec les régulés, en leur délivrant des conseils quant à l'application des normes, en leur apportant une aide technique ou des ressources matérielles. Les intermédiaires peuvent également participer aux étapes de *contrôle d'exécution* de la régulation, en adressant par exemple des récompenses ou des sanctions tels que des labels ou des avis négatifs. Cette fonction de contrôle d'exécution peut se réaliser également à travers la mise en place de communautés « de conformité » (K. W. Abbott et al., 2017c, p. 23) organisant l'échange entre régulés comme entre régulateurs. Enfin, les intermédiaires peuvent contribuer au *dialogue sur la régulation et à son évaluation*, notamment lorsqu'ils interviennent dans la coproduction des normes ou lorsqu'ils communiquent aux régulateurs le retour d'informations des régulés (Auld et Renckens, 2017). Ce retour d'informations peut faciliter un apprentissage en double boucle (Argyris et Schon, 1996) entre régulés et régulateurs, lorsque les régulateurs en viennent à réviser les normes qu'ils produisent ou les dispositifs qu'ils mettent en œuvre en fonction de ce retour d'informations.

Toutefois, la plupart des contributions au modèle RIT n'abordent pas la question des effets de l'intermédiation en termes d'effets sur les régulés, mais traitent des problèmes classiques d'agence (Lytton, 2017) ou de capture (Kruck, 2017; Maggetti et al., 2017; Pegram, 2017) touchant à la gouvernance des systèmes de régulation. La contribution allant le plus loin dans le sens d'une compréhension des effets de l'intermédiation est celle de Marx et Wouters (2017). Ces auteurs se demandent comment le recours à des intermédiaires peut accroître l'efficacité de la régulation, qu'ils définissent en termes de portée – par le nombre d'organisations concernées par la régulation – et d'impact – par le changement de comportement des régulés. Toutefois, de l'aveu de ces auteurs eux-mêmes, ils ont pu collecter très peu de données empiriques pour apprécier cette seconde dimension de l'efficacité. De la même manière, ces premières applications du modèle RIT ne rendent pas compte des transformations organisationnelles que l'intermédiation peut impliquer pour les régulateurs.

Ainsi, le modèle RIT constitue un cadre d'analyse permettant de définir l'activité d'intermédiation de la régulation et de catégoriser les capacités pour lesquelles les intermédiaires sont mobilisés ainsi que leurs grandes fonctions dans les systèmes de régulation. Ce modèle s'inscrit dans la filiation du modèle de l'orchestration (K. W. Abbott et al., 2015), en assumant notamment que les régulateurs ne disposent pas toujours des capacités nécessaires pour agir directement auprès des régulés ni même à travers un agent auquel ils délégueraient leur autorité. Le modèle RIT donne toutefois plus de précisions que le modèle de l'orchestration sur les capacités de régulation apportées par les intermédiaires. Il complète en outre les typologies préexistantes fondées sur la nature des intermédiaires (Levi-Faur et Starobin, 2014) en s'intéressant davantage à leurs différents rôles dans le fonctionnement des formes souples de régulation. Néanmoins, ce modèle demeure récent, et les auteurs ayant participé à son élaboration n'ont pas encore pu investiguer la question des effets de

l'intermédiation pour les organisations régulées et régulatrices. Traiter cette question suppose au préalable de comprendre les propriétés de la régulation souple, afin de resituer l'activité d'intermédiation dans les mécanismes spécifiques de régulation où elle intervient.

Section 3 : La régulation souple

Les règles souples sont, selon Snyder (1994, p. 198), des « règles de conduite qui, bien qu'elles n'aient, en principe, pas force de loi, peuvent produire des effets dans la pratique ». Ces codes de conduite se sont souvent développés sous l'impulsion d'organismes supranationaux, comme la Commission européenne (Aldestam, 2004), la Cour européenne de justice (Österdahl, 2004), la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (Spiliopoulou Åkermark, 2004), l'Organisation mondiale du commerce (Jacobsson, 2004) ou l'Organisation de coopération et de développement économiques (Marcussen, 2004). Pour ces organismes, les règles souples sont une manière d'intervenir dans de nombreux domaines, allant des politiques de subventionnement aux droits de l'homme, sans heurter la souveraineté des États. En outre, des organismes privés, comme des fédérations professionnelles ou industrielles, peuvent également émettre de tels codes de conduite à l'attention de leurs membres (Veldman et Willmott, 2016). Plus rares sont les cas de règles souples émanant d'États disposant par ailleurs de pouvoirs de contrainte. Ainsi que le modèle de l'orchestration le suggère (K. W. Abbott et al., 2015), le recours à ce type de règles par des États peut être motivé par leur incapacité à édicter des règles contraignantes et absolues pour certaines activités, en raison notamment de la complexité technique de ces activités.

L'absence de contrainte pose toutefois la question des manières par lesquelles ces règles peuvent « produire des effets dans la pratique », et notamment des effets conformes à ceux attendus par les régulateurs. Répondre à cette question implique d'examiner plus précisément les mécanismes propres à la régulation souple, c'est-à-dire ceux qui la distinguent des systèmes de régulation légale et bureaucratique traditionnels, souvent désignés sous le vocable anglais de « command and control » (Levi-Faur, 2010, p. 19). Nous verrons que, lorsque ces mécanismes souples sont destinés à réguler des organisations, ils touchent nécessairement à la problématique du changement organisationnel.

Les propriétés de la régulation souple

Trois propriétés fondamentales se dégagent de la littérature sur la régulation souple : contrairement aux systèmes dits de « command and control », la régulation souple est *collaborative*, *réflexive* et *réactive*. La régulation souple marque tout d'abord un changement de relations d'autorité, qui ne sont plus assises sur des normes légalement contraignantes et sur un contrôle vertical de leur exécution, mais sur une adhésion volontaire aux normes et un contrôle horizontal organisé en réseau (Mörth, 2004). La régulation souple repose donc sur une *collaboration* entre régulateurs et régulés et non sur l'imposition de normes descendantes (K. W. Abbott et al., 2015). Puisqu'elle laisse la possibilité aux régulés de réinterpréter et

d'adapter localement les normes (Wedlin et Sahlin, 2017) la régulation souple vise principalement à orienter et contrôler l'autorégulation des régulés (Gond, Kang, et Moon, 2011). La régulation souple constitue par conséquent une forme de méta-régulation, c'est-à-dire de régulation de la régulation (Levi-Faur, 2011). Cette méta-régulation postule l'existence d'une *réflexivité* chez les régulés, qui va les pousser à se reconsidérer eux-mêmes par rapport aux recommandations formulées par les régulateurs (Veldman et Willmott, 2016). Les effets de la régulation souple résultent ainsi d'un processus d'apprentissage chez les régulés. Cet apprentissage est induit par la confrontation des régulés à des pratiques présentées comme bonnes ou choisies par un grand nombre de leurs pairs (Luo et al., 2016). En outre, les modalités de cette régulation sont elles-mêmes souples, en ce qu'elles doivent répondre au contexte de chaque régulé (Drahos et Krygier, 2017). La régulation souple est par conséquent non seulement réflexive mais aussi *réactive* (Ayres et Braithwaite, 1992), car elle oblige les régulateurs à ajuster leurs instruments en fonction de leur connaissance et de leur compréhension du comportement du régulé (Scott, 2017).

En raison de ces propriétés, le cadre de la régulation souple complexifie la question de la *conformité*. Dans les régimes de régulation souple, la conformation des régulés aux normes ne va pas de soi ; elle dépend de la manière dont ces régimes se déploient et mobilisent un réseau d'acteurs (Sahlin-Andersson, 2004). Il ne suffit plus aux régulateurs de définir des règles et d'en vérifier le respect par les régulés. Les régulateurs doivent co-construire ces règles avec les régulés (Kirton et Trebilcock, 2017) et s'intéresser aux interprétations données à ces règles (Talesh, 2015). Surtout, ils doivent piloter les efforts de légitimation de ces règles par les acteurs du réseau impliqués dans la régulation. Ce pilotage peut prendre la forme, par exemple, de systèmes de comparaison systématique à des standards – appelés « benchmarks » en anglais – ou de classement entre régulés (Wedlin et Sahlin, 2017). Ces systèmes relèvent alors d'une logique d'auditabilité (Miller et Power, 2013) selon laquelle le comportement d'un régulé doit devenir transparent aux yeux des régulateurs et des autres régulés. La crainte qu'une éventuelle déviance puisse être connue de tous peut ainsi pousser le régulé à se conformer aux standards, même si aucune sanction n'est formellement prévue par les régulateurs. La logique d'auditabilité dans les régimes de régulation souple est donc souvent doublée d'une logique de « convenance », par laquelle la pression de pairs au sein d'un réseau va conduire ses membres à partager les mêmes savoirs et idées, ainsi qu'à suivre les mêmes règles (Mörth, 2004, p. 196). La légitimation de standards peut également procéder d'une logique de « scientisation » (Djelic et Sahlin-Andersson, 2006, p. 29), consistant à rationaliser scientifiquement la régulation. Cette légitimation scientifique résulte alors souvent d'une quantification du réel (Kurunmäki, Mennicken, et Miller, 2016), par laquelle les pratiques des régulés vont être traduites en données chiffrées (Kurunmaki, Lapsley, et Melia, 2003) analysables selon des méthodes acceptées académiquement. La quantification peut ainsi faciliter l'auditabilité des régulés en donnant aux régulateurs une vision du fonctionnement de ceux-ci. Auditabilité, convenance et scientisation sont donc des procédés fréquemment complémentaires de légitimation des règles souples.

En outre, la légitimation des règles souples peut s'appuyer sur des dispositifs plus contraignants. Bien que distinctes dans leurs propriétés, régulation souple et dure ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Au contraire, les systèmes de régulation emploient souvent l'une et l'autre simultanément (Kirton et Trebilcock, 2017). Ainsi, même des codes de conduites non officiels peuvent être appliqués par crainte de sanction des autorités (Brandsen, Boogers,

et Tops, 2006). De la même manière, la régulation souple peut être adossée à des mécanismes incitatifs ou désincitatifs de marché (D. Vogel, 2009) : une entreprise qui ne respecterait pas certains standards peut par exemple se voir sanctionner par une dévalorisation de son cours de bourse ou par une contraction de la demande qui lui est adressée, quand bien même ces standards ne sont pas impératifs. En conséquence, la régulation souple peut être associée à des mécanismes coercitifs, au sens de DiMaggio et Powell (1983), c'est-à-dire à des formes de contraintes touchant à l'allocation de ressources. Ce constat est en cohérence avec l'un des postulats du modèle de l'orchestration exposé en première section (K. W. Abbott et al., 2015), selon lequel il n'y a pas de frontière étanche entre régulation souple et dure, mais des *degrés de souplesse* ou de rigidité dans la gouvernance des régimes de régulation. Ainsi, l'absence de règle de nature juridique n'est pas nécessairement synonyme d'absence totale de contrainte. La contrainte financière, notamment, peut limiter de fait le choix laissé aux régulés de se conformer ou non.

Ces caractéristiques générales des régimes de régulation souple s'appliquent aux régimes visant des organisations. Wedlin et Sahlin (2017) mettent en avant que, lorsqu'elle concerne des organisations, la régulation souple passe le plus souvent par la création et la diffusion de nouveaux *cadres d'organisation*. Ces cadres peuvent prendre la forme de prototypes ou d'archétypes organisationnels, au sens de Greenwood et Hinings (1993, p. 1052), c'est à dire d'ensembles de structures et de systèmes de gestion renvoyant à un même « schéma interprétatif ». Par « schéma interprétatif », ces auteurs entendent les « idées, croyances et valeurs [...] incarnées dans les structures organisationnelles ainsi que dans les systèmes de gestion et qui les sous-tendent ». Les structures organisationnelles désignent la répartition des rôles et responsabilités au sein de l'organisation. Les systèmes de gestion évoqués par Greenwood et Hinings (1993) incluent les mécanismes de prise de décision, d'attribution de moyens et de gestion des ressources humaines. Greenwood et Hinings (1993) ont ainsi mis en évidence deux archétypes organisationnels concurrents dans la gestion des municipalités au Royaume-Uni de 1969 à 1982 : la bureaucratie professionnelle hétéronome, concevant la municipalité comme une administration fournissant un ensemble disparate de services, et la bureaucratie communautaire, envisageant la municipalité comme un gouvernement local devant prendre en charge une population de manière intégrée. Wedlin et Sahlin (2017) soulignent néanmoins que les cadres d'organisation que véhicule la régulation souple sont la plupart du temps moins des archétypes que des gabarits. Ces gabarits ne fournissent pas tant des modèles à imiter et à mettre en pratique que des cadres généraux d'appréciation des pratiques organisationnelles. Les gabarits peuvent ainsi comprendre des critères d'évaluation, tels que des cibles à atteindre sur certains indicateurs, des standards de bonnes pratiques, ou plus simplement des notions communes sur ce qui définit le succès d'une organisation. Ce concept de gabarit organisationnel a notamment été popularisé par DiMaggio et Powell (1991, p. 27-28), dans leur argument selon lequel les organisations se servent de « croyances prises pour évidentes et de règles largement admises » comme des gabarits auxquels se conformer.

Dans les régimes de régulation souple visant à réguler des organisations, les cadres d'organisation, sous forme d'archétypes et/ou de gabarits, vont donc constituer le medium par lequel que le régime va produire, faire appliquer et contrôler l'exécution de règles. Wedlin et Sahlin (2017) insistent néanmoins sur le fait que les organisations n'adoptent pas passivement les cadres qui circulent dans leur environnement. Au contraire, elles traduisent ces cadres pour les adapter aux spécificités de leur contexte. En agissant ainsi, les organisations régulées

éditent les règles souples, dans la mesure où elles les révisent en même temps qu'elles se les approprient. Les cadres d'organisation finalement mise en œuvre sont le résultat d'un échange entre les organisations régulées et les organisations qui les transportent. Wedlin et Sahlin (2017) notent que les États peuvent bien sûr être les porteurs de cadres d'organisation, mais que d'autres acteurs, comme par exemple les cabinets de consultants (Sahlin-Anderson et Engwall, 2002) jouent également un rôle de médiateur dans la diffusion de ces cadres, et orientent l'interprétation qui en est donnée par les régulés. Ces observations sont cohérentes avec les principes de collaboration et d'intermédiation énoncés dans le modèle de l'orchestration (K. W. Abbott et al., 2015). En outre, Wedlin et Sahlin (2017) soulignent le caractère réflexif de la régulation souple utilisant des cadres d'organisation comme support. Ces auteurs concluaient ainsi une version antérieure de leurs travaux (Sahlin et Wedlin, 2008, p. 236), en précisant que :

> « Les gabarits fonctionnent également comme des miroirs des activités organisationnelles, à travers lesquels l'organisation révisée apparaît dans un processus d'auto-communication présentant ces activités sous forme d'évaluations externes, de classements, de médias, d'audits, etc. qui à leur tour donnent une information aux membres de l'organisation sur leur propre situation et manière de fonctionner. »

Cette citation illustre bien comment les procédés de légitimation d'un cadre d'organisation – ici, dans une logique d'auditabilité – peuvent induire des mécanismes réflexifs dans l'organisation régulée. Les membres de cette organisation vont en effet être amenés à reconsidérer celle-ci à l'aune du cadre dans lequel l'organisation est représentée. Sahlin et Wedlin (2008) évoquent également les procédés de légitimation utilisant le discours scientifique (p. 234) et relevant d'une logique de convenance (pp. 222-223). Ainsi que d'autres auteurs l'ont mis en évidence (Deephouse, Bundy, Plunkett Tost, et Suchman, 2017), cette multiplicité des sources et procédés possibles de légitimation des cadres d'organisation fait en sorte que les critères de légitimité finalement retenus par une organisation sont le produit de négociations locales entre cette organisation et ses différentes parties prenantes. Le régulateur souple qui souhaite promouvoir un cadre d'organisation donné ne peut donc procéder que de manière réactive, en mobilisant les ressources de légitimité pertinentes pour chaque organisation régulée. Pour être en capacité de savoir quels procédés de légitimation sont les mieux adaptés à chaque contexte, le régulateur n'a pas d'autres choix que de rentrer dans la compréhension des déterminants des processus de changement qui ont lieu dans les organisations régulées. Le cas des régimes de régulation souple articulés autour de la promotion de cadres d'organisation confirme par conséquent la conclusion de Drahos et Krygier (2017) selon laquelle le concept de régulation réactive conduit la théorie de la régulation à devoir s'intéresser aux processus de changement.

Entrer dans la « boîte noire » du changement organisationnel

La théorie néo-institutionnaliste, qui est devenue l'une des quatre approches dominantes du changement organisationnel (Wetzel et Van Gorp, 2014), fournit un cadre explicatif des

processus de légitimation de cadres d'organisation (Deephouse et al., 2017). Dans l'un des articles fondateurs de cette école, Meyer et Rowan (1977, p. 340) développent le concept de *mythe rationnel*, selon lequel « les règles institutionnelles fonctionnent comme des mythes que les organisations incorporent afin d'accroitre leur légitimité, leurs ressources, leur stabilité, et leur chance de survie ». Il découle de cette vision que le principal moteur du changement organisationnel n'est pas la recherche d'une performance accrue, mais la nécessité de se conformer aux cadres d'organisation jugés légitimes dans un environnement institutionnel donné. Cet argument concerne à la fois les archétypes et les gabarits organisationnels, puisque Meyer et Rowan évoquent les structures formelles qu'adoptent les organisations, mais aussi les critères externes d'évaluation qu'elles utilisent. Pour ces auteurs, ces mythes donnent lieu à des pratiques cérémonielles visant à montrer que les organisations respectent les cadres issus de leur environnement institutionnel. Ces pratiques cérémonielles sont souvent découplées de l'activité réelle des organisations, et donc de la performance opérationnelle de celles-ci. De recherches ultérieures du CGS (Hatchuel et Weil, 1992), bien que situées hors du courant néo-institutionnaliste, ont ainsi mis en évidence que les substrats techniques sur lesquels se fondent les systèmes d'information de nombreuses entreprises sont en fait des mythes rationnels, communément admis dans ces organisations, mais dont la prétendue performance n'est jamais vérifiée. Une conséquence importante de la diffusion des mythes rationnels est la tendance des organisations à se ressembler dans leur forme. Meyer et Rowan (1977, p. 346) ont désigné ce phénomène sous le nom d'« isomorphisme ». Comme nous l'avons déjà précisé, la forme organisationnelle ainsi considérée ne recouvre pas que les structures archétypales des organisations, mais aussi les gabarits que ces organisations emploient pour se modeler. Nous tenons donc cette acception de la forme organisationnelle comme synonyme de cadre d'organisation.

Prolongeant les travaux de Meyer et Rowan (1977), DiMaggio et Powell (1983) distinguent trois types pressions par lesquelles l'*environnement institutionnel* pousse les organisations à adopter des cadres similaires. Les forces coercitives, que nous avons déjà abordées précédemment, constituent un premier type de pression institutionnelle. Ces forces coercitives relèvent davantage de modalités dures de régulation, puisqu'elles ont pour objectif d'imposer des cadres d'organisation. Ces cadres peuvent résulter d'obligations légales d'origine étatique, comme en matière fiscale par exemple. Mais d'autres organisations que l'État peuvent également exercer des pressions de nature coercitive. C'est le cas notamment des grands groupes qui exigent de leurs filiales le respect de certains standards de production ou de remontée d'informations, ou bien encore de financeurs qui conditionnent l'obtention de fonds à certains critères. D'une manière générale, les forces coercitives sont ainsi l'œuvre d'organisations dont les organisations régulées dépendent quant à leurs ressources. Elles peuvent par conséquent avoir d'autres vecteurs que le droit, et d'autres auteurs que l'État. Les deux autres types de pressions institutionnelles s'apparentent davantage à des modalités souples de régulation, dans la mesure où elles n'impliquent pas une adoption sous contrainte de cadres d'organisation. Il en va ainsi des procédés mimétiques, par lesquels une organisation va imiter les cadres d'une autre organisation. Cette imitation n'est pas motivée par une relation de dépendance à l'autre organisation, mais parce que celle-ci est perçue comme ayant davantage de succès ou de légitimité dans son secteur d'activité. DiMaggio et Powell (1983) soulignent que la littérature à destination des manageurs ainsi que les grands cabinets de conseil contribuent à façonner cette perception, en ne proposant qu'un répertoire

limité de cadres d'organisation. Bien qu'il existe en général assez peu de preuve concrète de l'efficacité de ces cadres, ceux-ci sont présentés et acceptés comme la manière légitime de s'organiser dans un domaine. L'exemple du modèle japonais cité par DiMaggio et Powell (1983) est révélateur : alors que le Japon a lui-même copié les cadres d'organisation des administrations et entreprises occidentales durant l'ère Meiji, en fonction de sa perception du succès de chaque pays dans différents domaines – police, justice, banques, etc. – les méthodes de production japonaises sont à leur tour devenues des standards pour les entreprises américaines à partir des années 1970. Enfin, les pressions normatives représentent un troisième type de mécanisme isomorphique. Les normes auxquelles font références DiMaggio et Powell (1983) ne sont pas les normes juridiques, qui participent, comme nous l'avons vu, des forces coercitives. Il s'agit ici de normes sociales, c'est-à-dire des règles transmises à travers des processus de socialisation. DiMaggio et Powell (1983) se concentrent plus particulièrement sur les normes professionnelles, entendues au sens large de conditions et méthodes de travail. Le phénomène de professionnalisation du management conduit ainsi, selon ces auteurs, à normaliser les cadres d'organisation qui sont véhiculés à travers la formation des manageurs, leurs réseaux et leur mobilité professionnels.

Pour DiMaggio et Powell (1983), ces trois types de pressions isomorphiques – coercitives, mimétiques et normatives – se déploient au sein d'un champ organisationnel. Par cette notion de champ organisationnel, ces auteurs désignent un ensemble d'organisations liées entre elles par leurs interactions ou par des structures qui les rassemblent en s'adressant à elles comme à un groupe homogène. Il peut ainsi par exemple exister un champ hospitalier, dans la mesure où les hôpitaux peuvent dépendre les uns des autres et collectivement des mêmes organismes de financement et de régulation, et traiter les mêmes catégories de patients. DiMaggio et Powell (1983) précisent que les champs ne sont pas des données immuables, mais des unités d'analyse que l'investigation empirique doit révéler. Les champs organisationnels peuvent en effet présenter différents degrés de structuration, c'est-à-dire de connectivité et de similarité entre les organisations qui les forment. Ce processus de structuration des champs peut conduire à les faire évoluer en tant qu'unité d'analyse. Pour reprendre l'exemple hospitalier, un accroissement des relations entre les hôpitaux et les professionnels de santé libéraux au sein d'un même espace de régulation, et concernant la prise en charge des mêmes patients, inviterait à considérer non plus seulement le champ hospitalier mais le champ sanitaire.

Si la thèse de l'isomorphisme permet de comprendre comment des cadres d'organisation sont légitimés puis généralisés par l'environnement institutionnel dans lequel se situent des organisations, ce postulat a été remis en cause par des recherches plus récentes, qui ont mis en évidence la diversité des réponses organisationnelles aux pressions institutionnelles (Schilke, 2017). De surcroît, la conception isomorphique du changement organisationnel ne rend pas compte des manières selon lesquelles de nouveaux cadres d'organisation peuvent se créer et remplacer ceux préexistant. Ce problème renvoie à un paradoxe largement étudié dans la littérature néo-institutionnaliste : celui de l'« embedded agency », que l'on peut traduire par *capacité d'actions enchâssée* (Battilana et D'aunno, 2009). Puisque les acteurs organisationnels fonctionnent selon des cadres institutionnellement définis qu'ils prennent pour évidents, comment se peut-il que ces acteurs puissent agir sur ces cadres, les modifier, voire même les briser et en construire de nouveaux ? Deux courants de la littérature néo-institutionnaliste ont tenté de résoudre ce paradoxe : celui portant sur l'entreprenariat

institutionnel (Battilana, Leca, et Boxenbaum, 2009), et celui du travail institutionnel (Lawrence et Suddaby, 2006).

L'entreprenariat institutionnel se focalise sur les « activités d'acteurs pour qui certains arrangements institutionnels présentent un intérêt, et qui mobilisent des ressources pour créer des institutions ou transformer celles qui existent » (Maguire, Hardy, et Lawrence, 2004, p. 657). Ces acteurs peuvent être des individus ou des organisations. Deux facteurs prédisposent ces individus ou organisations à devenir des entrepreneurs institutionnels : 1. leur réflexivité, c'est-à-dire leur capacité cognitive à remettre en cause les cadres d'organisation dans lesquels ils opèrent (Hardy et Maguire, 2008) ; et 2. leur statut, c'est-à-dire leur position sociale dans l'organisation et le champ organisationnel auxquels ils appartiennent (Battilana, 2011). La réflexivité d'un acteur peut être favorisée par son inscription dans différentes logiques institutionnelles prescrivant des cadres d'organisation différents (Thornton, Ocasio, et Lounsbury, 2012). C'est le cas par exemple des professionnels hybrides, comme les médecins manageurs d'unités hospitalières, qui incorporent dans leur pratique professionnelle des cadres d'organisation managériaux (Blomgren et Waks, 2015). Les deux formes de statut qui confèrent une plus grande capacité à agir comme entrepreneur institutionnel sont le statut hiérarchique – au sein d'une organisation ou entre plusieurs organisations – et le statut professionnel, qui peut être plus moins dominant dans un champ organisationnel (Lockett, Currie, Waring, Finn, et Martin, 2012). L'appartenance à un groupe professionnel peut en effet donner à ses membres des capacités d'actions qui leur sont réservées, comme la faculté de soigner, prononcer un jugement ou dresser un procès verbal (A. Abbott, 1988). Néanmoins, la réflexivité et le statut n'engendrent pas systématiquement des entrepreneurs institutionnels. L'entreprenariat institutionnel, qu'il soit conduit par des individus ou des organisations, requiert un certain nombre d'actions, intentionnelles ou fortuites, de leur part. Battilana, Leca et Boxenbaum (2009) ont identifié trois types d'activités des entrepreneurs institutionnels : 1. la création d'une vision du changement ; 2. la mobilisation d'alliés ; et 3. la motivation des autres acteurs organisationnels. La création d'une vision du changement revient à construire des stratégies discursives pour convaincre les membres d'une organisation de la nécessité de changer leurs habitudes ainsi que des bénéfices qu'ils pourront retirer de ce changement. Ces stratégies comprennent souvent une part de réassurance, visant à apaiser les inquiétudes que l'incertitude liée à tout changement peut générer. La mobilisation d'alliés consiste à constituer une coalition favorable au changement au sein d'une organisation. Cette mobilisation implique notamment de recueillir le soutien de ceux qui, dans l'organisation, disposent de ressources matérielles et d'une forme d'autorité. La motivation passe quant à elle le plus souvent par les systèmes de gouvernance des organisations : les procédures de contrôle et d'évaluation internes peuvent ainsi servir à mettre en place des incitations au changement ou à décourager la continuation des pratiques anciennes (Battilana, Gilmartin, Sengul, Pache, et Alexander, 2010).

La littérature sur l'entreprenariat institutionnel fournit par conséquent une première série d'explications sur les changements institutionnels divergents, c'est-à-dire sur les changements allant à l'encontre des cadres d'organisation déjà institutionnalisés dans un champ organisationnel et conduisant à un renouvellement de ces cadres (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). Toutefois, cette littérature a été critiquée pour sa vision parfois héroïque du changement institutionnel, qui mettrait trop l'accent sur l'action de quelques individus ou organisations dotés de vertus exceptionnelles, et négligerait les changements

institutionnels qui résultent de l'activité quotidienne d'acteurs organisationnels ordinaires (Smets et Jarzabkowski, 2013). Le courant du travail institutionnel entend ainsi proposer une approche plus distribuée du changement institutionnel, selon laquelle les cadres d'organisation sont modifiés à travers les interactions que les membres de ces organisations entretiennent entre eux et avec l'extérieur (Lawrence, Suddaby, et Leca, 2009). Défini comme « l'action volontaire d'individus et d'organisations visant à créer, maintenir et perturber les institutions » (Lawrence et Suddaby, 2006, p. 215), la notion de travail institutionnel implique un effort intentionnel de la part de ceux qui l'entreprennent (Lawrence et al., 2011). Cet effort consiste à casser les routines organisationnelles en introduisant des pratiques relevant d'un autre cadre d'organisation ou, au contraire, à défendre les pratiques découlant du cadre en place (Jarzabkowski, Matthiesen, et Van de Ven, 2009). Le travail institutionnel implique donc une opposition entre les partisans du statu quo et ses pourfendeurs, qui sont liés par des relations de pouvoir que les premiers cherchent à maintenir et les second à modifier (Lawrence, 2008).

Toutefois, l'étude concrète des processus de changement institutionnel dans les organisations est venue nuancer ces descriptions entrepreneuriales et conflictuelles. Smets, Morris et Greenwood (2012) constatent ainsi que la transformation des cadres d'organisation dans un milieu professionnel peut résulter d'un processus inductif de changement, qui émerge localement dans quelques organisations confrontées à de problématiques nouvelles, et qui se diffuse ensuite aux autres organisations du champ. Ces auteurs soulignent que la structure professionnelle de l'organisation qu'ils ont observée – un cabinet d'avocats – a facilité ce processus en permettant des improvisations au niveau opérationnel ainsi que leur diffusion rapide à d'autres organisations à travers une communauté de pairs. Cette perspective marque un tournant dans l'approche du changement institutionnel, qui s'intéresse désormais davantage aux phénomènes pouvant expliquer ce changement à l'échelle micro du fonctionnement organisationnel (Boxenbaum, 2014). Cette recherche des *micro-fondations* des institutions invite à repenser certains des postulats sur lesquels s'est bâtie l'école de pensée néo-institutionnaliste. Dans cette optique, Cardinale (2017) propose de reconsidérer à la fois le déterminisme structuraliste de la théorie néo-institutionnelle et l'impératif de réflexivité censée être nécessaire pour échapper à ce déterminisme. Selon cet auteur, les structures sociales sur lesquelles reposent les institutions orientent l'action humaine en présentant certaines fins comme préférables à d'autres, davantage qu'elles ne l'autorisent ou la contraignent strictement. En outre, l'histoire des positions sociales d'un individu peut le rendre capable de s'extraire du déterminisme de sa position présente sans qu'il ait obligatoirement à fournir un effort réflexif.

De ce point de vue micro, les cadres institutionnels sont construits à travers des interactions humaines situées dans un contexte particulier (Gray, Purdy, et Ansari, 2015). Or, ainsi que le soulignent Felin, Foss et Ployhart (2015), ce mouvement d'exploration des micro-fondations, qui, au-delà du néo-institutionnalisme, concerne la théorie des organisations dans son ensemble, ne rend pas encore suffisamment bien compte de cette dimension contextuelle. Ces auteurs suggèrent notamment de distinguer plus clairement les différents niveaux contextuels qui sont enchevêtrés dans toute situation organisationnelle donnée : le niveau individuel ou interindividuel, le niveau organisationnel, le niveau du champ et le niveau sociétal. Ils remarquent également que le niveau organisationnel du contexte est souvent le plus négligé dans l'analyse des micro-fondations. Ce constat général peut sembler paradoxal

pour une science qui a précisément fait de l'organisation sont objet d'étude. Il l'est d'autant plus pour l'approche néo-institutionnaliste du changement organisationnel, car l'un des articles fondateurs de cette approche (Greenwood et Hinings, 1996) envisage le changement organisationnel comme le résultat d'interactions entre, d'une part, un contexte institutionnel et concurrentiel et, d'autre part, *les dynamiques internes à une organisation*. Pour Greenwood et Hinings (1996), ces dynamiques jouent un rôle crucial dans la réponse d'une organisation aux pressions institutionnelles et concurrentielles qu'elle reçoit de son environnement. Un des déterminants essentiels de ces dynamiques est le type d'« engagement en valeurs » qui domine au sein d'une organisation (Greenwood et Hinings, 1996, p. 1035). Ces auteurs identifient quatre grands types généraux d'engagements en valeurs : 1. l'engagement pour le statu quo, qui se caractérise par un attachement majoritaire des groupes composant l'organisation au cadre d'organisation en place ; 2. l'indifférence, lorsque les groupes internes ne sont ni attachés ni opposés au cadre d'organisation en place ; 3. l'engagement concurrentiel, quand certains groupes soutiennent le cadre d'organisation en place alors que d'autres lui préfèrent un cadre alternatif provenant de l'environnement institutionnel de l'organisation ; 4. l'engagement réformateur, dans lequel les groupes sont majoritairement en faveur d'un tel cadre alternatif d'organisation. La prévalence d'un type d'engagement conditionne le changement institutionnel, en créant un contexte organisationnel plutôt fermé, indifférent, conflictuel ou réceptif à un nouveau cadre d'organisation.

La théorie néo-institutionnaliste a ainsi successivement mis en avant trois séries de facteurs impactant le changement organisationnel, entendu comme l'adoption d'un nouveau cadre d'organisation : les pressions de l'environnement institutionnel, les capacités d'action humaine présentes au sein d'un champ d'activités, et le contexte micro dans lequel se déroule ce changement. À la lecture de cette littérature, ces différents groupes de facteurs apparaissent moins en contradiction qu'en accumulation. Le changement organisationnel résulte, en globalité, de la manière dont des acteurs organisationnels vont se saisir des pressions exercées par l'environnement institutionnel dans un contexte donné. Pourtant, les efforts d'intégration de ces trois approches successives ont jusque récemment manqué. Ce n'est qu'en 2017 que Micelotta, Lounsbury et Greenwood (2017) ont proposé *un cadre intégrateur* pour ces trois courants. Ces auteurs indiquent quatre chemins possibles du changement institutionnel, en fonction de sa portée et de son rythme. La portée permet de distinguer le développement, défini comme un changement au sein d'un même cadre d'organisation, de la transformation, qui implique un changement d'un cadre d'organisation à un autre. La portée correspond donc à un degré d'adoption d'un nouveau cadre d'organisation : une organisation peut ainsi incorporer seulement certains éléments de ce cadre dans son cadre existant – il s'agit alors d'un développement – ou l'adopter complètement – ce qui signale une transformation. La conception du rythme du changement utilisée par Micelotta et al. (2017) emprunte explicitement à celle de Greenwood et Hinings (1996) en opposant l'évolution à la révolution. L'évolution est un processus de changement lent et incrémental au long duquel les acteurs porteurs du changement vont l'instiller progressivement dans leur organisation ou leur secteur d'activité. La révolution, au contraire, marque un changement de rupture de tout ou partie du cadre d'organisation en place.

Il découle de cette synthèse matricielle à deux dimensions les quatre chemins suivants : 1. l'alignement institutionnel, qui désigne un développement évolutif d'un cadre d'organisation vers un autre ; 2. l'ajustement institutionnel, qui relève d'un développement plus rapide –

c'est-à-dire révolutionnaire – d'un cadre d'organisation au sein de celui déjà en place ; 3. l'accumulation institutionnelle, qui est le produit d'une transformation lente d'un cadre d'organisation dans son ensemble ; et 4. le déplacement institutionnel, qui revient à une transformation de rupture de ce cadre. Micelotta et al. (2017) envisagent la possibilité d'une continuité entre ces chemins, dans la mesure où un changement d'abord lent peut s'accélérer, et où la portée du changement peut s'étendre au point de concerner *in fine* toute l'organisation. Pris dans cet ordre, les chemins forment donc une échelle de mesure unifiée de l'intensité du changement organisationnel. En outre, et bien que ce point ne soit pas explicitement théorisé par Micelotta et al. (2017), cette échelle présente l'avantage de *pouvoir tenir compte de ce que le changement représente pour l'organisation elle-même et pour le champ dans lequel elle se situe*. En effet, pour Micelotta et al. (2017), le changement institutionnel se déroule à la fois au niveau de l'organisation et du champ auquel elle appartient. Il en découle qu'il convient d'apprécier le degré de divergence du changement opéré par une organisation non seulement par rapport à son cadre d'organisation préexistant, mais aussi par rapport aux cadres d'organisation qui ont historiquement émergé dans son champ. Cette perspective requiert notamment de resituer le rythme du changement au sein d'une organisation par rapport à celui de son champ. En effet, si, durant le même laps de temps, une organisation est passée d'un cadre très ancien dans son champ à un cadre un peu moins ancien, alors qu'une autre organisation aura réalisé un saut de ce cadre très ancien à un cadre très nouveau, il peut en être déduit que, du point de vue du champ, la seconde organisation aura changé plus vite que la première. Quoique cette précision des niveaux d'analyse ne soit pas apportée directement par Micelotta et al. (2017), elle nous semble nécessaire pour être en mesure de décrire le changement organisationnel en termes d'interactions entre un contexte institutionnel et organisationnel (Greenwood et Hinings, 1996).

Ainsi, la typologie construite par Micelotta et al. (2017) représente une avancée en matière de mise en cohérence des différentes approches du changement institutionnel. Toutefois, selon ses auteurs eux-mêmes, cette typologie ne constitue qu'un premier pas dans cet effort d'intégration. Notamment, à notre connaissance, cette typologie n'a pas encore été éprouvée empiriquement. Or, la typologie ne nous renseigne pas en elle-même sur la manière dont des acteurs organisationnels situés dans un enchevêtrement de contextes peuvent employer les pressions institutionnelles de leur environnement pour modifier un cadre d'organisation. En outre, cet édifice conceptuel aujourd'hui est limité à l'analyse de cas de changement institutionnel *divergent*, c'est-à-dire allant à l'encontre des cadres d'organisation déjà en place (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). Or, comme le mentionnent très justement Micelotta et al. (2017), de nombreuses tentatives de déstabilisation de cadres d'organisation existants échouent. De par ce fait, comprendre les facteurs explicatifs du changement institutionnel suppose de compléter cette typologie par son double négatif, en identifiant différents types de maintenance institutionnelle. Dacin, Munir et Tracey (2010) définissent la maintenance institutionnelle comme la reproduction de schémas d'interaction existants. La maintenance institutionnelle désigne donc le changement institutionnel *convergent*, c'est-à-dire allant dans le sens d'un renforcement de cadres d'organisation déjà en place. Seule une échelle comprenant à la fois les différents types de changement institutionnel divergent et convergent peut permettre de savoir quelles combinaisons de facteurs produisent en pratique des effets d'adoption ou de rejet de cadres d'organisation nouveaux. Puisque la régulation

souple repose sur la création, la légitimation et la diffusion de tels cadres, analyser ces mécanismes d'adoption et de rejet est une étape nécessaire pour comprendre comment, et à quelles conditions, la régulation souple peut produire des effets sur les organisations qu'elle cible.

C'est pourquoi nous avons complété la grille d'analyse du changement institutionnel élaborée par Micelotta et al. (2017) pour le changement divergent par son pendant convergent, en recherchant dans la littérature sur la maintenance institutionnelle des types correspondant aux chemins inverses de ceux décrits par ces derniers auteurs. Contestant l'idée que les institutions se reproduisent d'elles-mêmes, la littérature sur la maintenance institutionnelle conçoit la reproduction de cadres d'organisation existants comme le produit d'un effort conscient et continu de la part d'acteurs organisationnels (Lawrence et Suddaby, 2006). Un premier type de maintenance institutionnelle consiste à persister dans la reproduction de pratiques organisationnelles déjà en place en dépit des pressions institutionnelles poussant à les changer (Schilke, 2017). Cette *persistance institutionnelle* implique que des agents de maintenance travaillant au sein des organisations fassent barrière à l'exercice de ces pressions externes, qu'ils perçoivent comme des menaces pour leur légitimité personnelle (George, Chattopadhyay, Sitkin, et Barden, 2006). La persistance institutionnelle est par conséquent le contrepied de l'alignement institutionnel, puisqu'elle vise à empêcher que des pratiques divergentes se développent dans une organisation. Lorsque ces pratiques divergentes se diffusent rapidement dans l'environnement institutionnel, la simple persistance peut ne plus suffire à éviter cette intrusion. Les acteurs favorables à la préservation des cadres d'organisation existants doivent alors rentrer dans une forme de maintenance institutionnelle plus active, prenant la forme d'un conflit avec les promoteurs des cadres divergents (Marquis et Lounsbury, 2007). Lawrence (Lawrence, 2008, p. 173) définit cette *résistance institutionnelle* comme « le travail que des acteurs mènent pour résister à la capacité d'actions et de contrôle des agents du changement institutionnel ».

En outre, à l'instar du changement institutionnel divergent, le changement institutionnel convergent peut aussi devenir transformationnel. Micelotta et Washington (2013) montrent ainsi que des cadres d'organisation qui ont été remis en cause par des mesures coercitives peuvent être réparés. Cette *réparation institutionnelle* revient à retransformer progressivement un cadre d'organisation pour remettre en place un cadre plus ancien. Elle constitue donc l'exact opposé de l'accumulation institutionnelle. Toutefois, lorsque des cadres d'organisations anciens ont été tellement modifiés que leur reconstruction progressive n'est plus possible, il est alors nécessaire de les recréer. Currie et al (2012) ont par exemple décrit comment les médecins anglais ont rapidement recréé un cadre d'organisation conforme aux principes du professionnalisme médical après qu'un autre cadre leur avait été imposé. La *recréation institutionnelle* représente par conséquent le chemin inverse du déplacement institutionnel, en ce qu'elle implique une transformation de rupture d'un cadre organisation vers un cadre antérieur.

Amendés de leurs doubles convergents, les chemins identifiés par Micelotta et al. (2017) peuvent ainsi composer *une échelle bidirectionnelle du changement institutionnel*, sur laquelle chaque chemin marque un degré de changement divergent ou convergent. Le tableau 1.2 ci-après présente cette échelle. Les gradients de cette échelle permettent de considérer différents degrés de divergence et de convergence tant au niveau de l'organisation étudiée qu'au niveau du champ dans lequel elle se situe. En effet, comme nous venons de l'expliquer,

le pas du changement pour une organisation donnée dépend du saut que ce pas représente lorsqu'on le resitue au niveau du champ. Nous avons attribué un signe à ces gradients selon une perspective chronologique. Puisque le changement divergent va des cadres d'organisation les plus anciens aux cadres d'organisation les plus récents, nous l'avons noté positivement. Inversement, nous avons posé comme négatifs les gradients convergents, qui vont des cadres les plus récents aux plus anciens. Cette notation est uniquement la résultante de ce choix chronologique et n'implique pas que le changement divergent soit par nature plus positif pour les organisations que le changement convergent.

Tableau 1.2 : Échelle bidirectionnelle du changement institutionnel

Sens	**Portée**	**Rythme**	**Degré**
Divergent	Transformationnelle *= adoption d'un cadre d'organisation plus divergent*	Révolutionnaire *= adoption rapide*	4. Déplacement
		Évolutionnaire *= adoption lente*	3. Accumulation
	Développementale *= incorporation d'éléments d'un cadre plus divergent dans le cadre existant*	Révolutionnaire *= incorporation rapide*	2. Ajustement
		Évolutionnaire *= incorporation lente*	1. Alignement
Convergent	Développementale *= reproduction d'un cadre d'organisation existant*	Évolutionnaire *= reproduction lente*	-1. Persistance
		Révolutionnaire *= reproduction rapide*	-2. Résistance
	Transformationnelle *= reconstruction d'un cadre d'organisation préexistant*	Évolutionnaire *= reconstruction lente*	- 3. Réparation
		Révolutionnaire *= reconstruction rapide*	-4. Recréation

En résumé, nous avons vu dans cette section que la régulation souple complexifie la question des effets des régimes de régulation, car elle suppose une adhésion volontaire du régulé aux règles. Dès lors, la problématique du régulateur n'est plus simplement d'édicter des règles, d'en contrôler l'application et de sanctionner les éventuels contrevenants. Les régulateurs souples doivent collaborer avec les régulés dans la définition des règles, être attentifs aux processus réflexifs que l'interprétation de ces règles induit, et adapter leurs modalités d'intervention au contexte de chaque régulé. Surtout, ils doivent piloter différents procédés de légitimation des règles, qui peuvent en partie s'appuyer sur des mécanismes contraignants. Lorsque régulations souple et dure s'entremêlent, il devient d'autant plus difficile d'isoler l'effet propre des dispositifs souples par rapport à ceux fonctionnant par la contrainte (Levi-Faur, 2011). L'ensemble de ces caractéristiques de la régulation souple s'appliquent aux régimes qui visent à réguler des organisations. Les règles souples prennent alors la forme de cadres d'organisation, qui fournissent à la fois des archétypes organisationnels et des gabarits évaluatifs du comportement des organisations. Analyser les effets de la régulation souple sur les organisations qu'elle régule implique par conséquent de

rentrer dans la compréhension du changement organisationnel, pour savoir comment ces cadres d'organisation peuvent être légitimés, adoptés, adaptés ou rejetés. Bien que la théorie néo-institutionnaliste apporte de nombreuses réponses à cette question, elle a accumulé au cours de son développement plusieurs séries d'explications dont l'articulation n'apparaît aujourd'hui plus clairement. En complétant la typologie proposée par Micelotta et al. (2017) pour intégrer ces différents courants, nous avons bâti une échelle destinée à mesurer l'intensité du changement réalisé par une organisation, que ce changement soit allé au non dans le sens souhaité par les régulateurs. Toutefois, en l'état, la théorie néo-institutionnaliste ne permet pas de savoir comment un régulateur, et ses intermédiaires, peuvent en pratique influencer les différents déterminants du changement organisationnel que cette école de pensée a mis en avant. Avancer dans cette direction suppose une approche de recherche plus directement instrumentale, c'est-à-dire centrée sur les effets des dispositifs mis en œuvre dans l'action publique (Moisdon, 2013). Comme d'autres avant nous, nous proposons en section suivante de fonder cette approche sur une lecture des travaux de Michel Foucault portant sur le concept de gouvernementalité.

Section 4 : La gouvernementalité comme base d'une approche instrumentale de la régulation souple intermédiée

L'*approche instrumentale* en science de gestion a d'abord été développée par une équipe de chercheurs du CGS dirigée par Jean-Claude Moisdon (Moisdon et al., 1997). Cette démarche de recherche prend initialement pour objet les outils de gestion, entendus comme des « formalisations de l'activité organisée, de ce qu'elle est ou de ce qu'elle sera, ou encore de ce qu'elle devrait être » (Moisdon et al., 1997, p. 7). Ces formalisations, telles par exemple que les tableaux de bord ou les plannings, synthétisent des savoirs, des règles et des informations sur la base desquels les manageurs peuvent prévoir, décider et contrôler. Dans cette perspective, les outils de gestion sont des instruments servant l'action collective organisée (Hatchuel, 2012). Cette optique est particulièrement intéressante pour notre question de recherche, car elle analyse précisément les effets produits par ces outils sur les organisations.

D'autres chercheurs (Lascoumes et Le Galès, 2004) ont proposé une approche instrumentale similaire focalisée sur les instruments de l'action publique. Complétant des travaux antérieurs de Hood (1993), Lascoumes et Le Galès (2004) distinguent cinq types d'instruments de l'action publique, qui sont chacun associés à un type de rapport politique et de légitimité : 1. les instruments législatifs et réglementaires, par lesquels l'État impose à la société une vision de l'intérêt général ; 2. les instruments économiques et fiscaux, par lesquels l'État recherche la maximisation d'une utilité collective à travers la production et la redistribution de richesses ; 3. les instruments conventionnels et incitatifs, par lesquels l'État entend coordonner et mobiliser d'autres acteurs ; 4. les instruments communicationnels et informatifs, qui visent principalement à informer et consulter le grand public ; et 5. les normes et standards, qui sont établis en collaboration avec les acteurs économiques et de la société civile. Lascoumes et le Galès (2004) notent que les deux premiers types d'instruments constituent les modes opératoires des systèmes bureaucratiques traditionnels dits de « command and control », alors que les trois derniers types représentent des instruments

nouveaux, relevant d'une action publique moins dirigiste. Les deux premières catégories d'instruments relèvent donc davantage de la régulation dure, et les trois suivantes de la régulation souple. En effet, ces trois dernières catégories d'instruments reposent, selon Lascoumes et le Galès (2004), sur la concertation et sur des formes nouvelles de légitimité telles que la responsabilisation des acteurs, les principes de concurrence sur un marché, ou la rationalité scientifico-technique.

Les approches instrumentales élaborées par l'équipe du CGS (Moisdon et al., 1997) et par Lascoumes et Le Galès (2004) ont en commun un *héritage foucaldien* : celui de la gouvernementalité. Ainsi, Moisdon (1997, p. 17) décrit l'expansion des outils de gestion comme « une nouvelle forme de gouvernementalité des organisations humaines ». Par ce terme, Moisdon (1997) désigne l'émergence d'une nouvelle rationalité guidant l'action collective organisée, en l'occurrence la rationalité instrumentale. De la même manière, Lascoumes (2005) ancre explicitement la typologie des instruments de gestion publique énoncée précédemment dans le sillage des travaux de Michel Foucault sur la gouvernementalité. Pour Lascoumes (2005), ce qui différencie les types d'instruments publics est la rationalité gouvernementale qui les sous-tend, et sur laquelle repose leur légitimité. Cette acception du terme de « gouvernementalité » reprend plus directement les mots employés par Michel Foucault lorsqu'il définissait son projet de recherche comme « l'étude de la rationalisation de la pratique gouvernementale dans l'exercice de la souveraineté politique » (Foucault, 1979, p. 4). Michel Foucault (1978, p. 111) a en effet d'abord conçu le gouvernement comme une forme historiquement située de pouvoir politique ayant émergée au XVII^{e} siècle en Occident, et qu'il caractérisait comme suit :

> « l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité ».

Toutefois, dans les années qui suivirent, Michel Foucault a progressivement élargi l'application du concept de gouvernement tout en précisant les différentes composantes de la *gouvernementalité comme cadre analytique de la rationalisation des pratiques gouvernementales*. Dans son cours au Collège de France de 1980, Michel Foucault envisage le gouvernement sous un angle beaucoup plus général, et non plus comme une forme historiquement et géographiquement circonscrite de pouvoir politique :

> « "gouvernement" étant entendu bien sûr, non pas au sens étroit et actuel d'instance suprême des décisions exécutives et administratives dans les systèmes étatiques, mais au sens large, et ancien d'ailleurs, de mécanismes et de procédures destinés à conduire les hommes, à diriger la conduite des hommes, à conduire la conduite des hommes » (Foucault, 1980, p 14).

Michel Foucault conservera ensuite cette définition du gouvernement comme conduite des conduites (Rose, 1999), ce qui le poussera notamment à explorer les sources antiques afin d'identifier les mécanismes et procédures par lesquels cette conduite des conduites opère. En ce sens, il est donc possible de parler, comme le fait Jean-Claude Moisdon (1997, p. 17) de « gouvernementalité des organisations humaines » pour appréhender l'étude du fonctionnement des instruments mobilisés afin de diriger la conduite d'une organisation.

Michel Foucault s'intéressera finalement aux mécanismes et procédures par lesquels les hommes conduisent non seulement la conduite d'autrui, mais aussi leur propre conduite (Foucault, 1983a). S'interrogeant sur les implications d'une telle perspective en théorie des organisations, Moisdon (2005) se demande dans quelle mesure les outils de gestion peuvent constituer des technologies du soi, c'est-à-dire des mécanismes et procédures par lesquels les organisations vont conduire leur propre conduite.

Prises ensemble, les approches instrumentales issues des travaux du CGS et de ceux de Lascoumes et Le Galès précités invitent donc à analyser la rationalité qui sous-tend les instruments employés dans l'action publique pour conduire la conduite des organisations, les mécanismes et procédures par lesquels ces instruments opèrent, et comment les organisations se saisissent de ces instruments pour diriger leur propre conduite. Ce cheminement analytique convient particulièrement bien à l'examen des effets de la régulation souple intermédiée, puisque cette forme de régulation invite à repenser la rationalité cybernétique sur laquelle reposaient les systèmes traditionnels de régulation de type « command and control » (Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2010). En outre, la régulation souple intermédiée utilise des mécanismes et procédures de légitimation d'un genre nouveau, qui sont collaboratifs, réflexifs et réactifs, dans le but d'obtenir une conformation volontaire du régulé. Puisqu'elle constitue une régulation de l'autorégulation du régulé (Gond et al., 2011; Levi-Faur, 2011), la régulation souple est par construction une conduite de la conduite du régulé. Le centrage sur les effets des instruments de l'action publique qu'impliquent les approches instrumentales (Moisdon, 2013) peut donc aider à combler le manque de connaissances aujourd'hui disponibles sur les effets concrets de la régulation souple intermédiée. Mais, progresser dans cette direction nécessite au préalable d'approfondir le contenu de l'héritage foucaldien, afin de préciser quels sont les mécanismes et procédures de gouvernement à investiguer. Michel Foucault a lui-même proposé, dans ses deux derniers cours au Collège de France consacrés au *Gouvernement de soi et des autres* (Foucault, 1983a, 1984c), une synthèse de sa démarche de recherche en matière de gouvernementalité. Elle consiste, selon lui, à « étudier, sans jamais les réduire les uns aux autres, les rapports entre vérité, pouvoir et sujet » (Foucault, 1984, p. 10). La gouvernementalité recouvre par conséquent trois types de mécanismes et procédures, reliés entre eux par une même rationalité que le chercheur doit tenter de dévoiler : 1. les technologies par lesquels le pouvoir s'exerce ; 2. les procédures par lesquels la vérité se manifeste ; et 3. les modes par lesquels se constituent les sujets dans ces relations de pouvoir et de vérité.

Les technologies de pouvoir

L'usage le plus fréquent des dits et écrits de Michel Foucault en sciences de gestion concerne sa compréhension des mécanismes par lesquels le pouvoir s'exerce dans les organisations (Hardy et Clegg, 2006; McKinlay et Starkey, 1998). Plus précisément, ses travaux sont souvent associés à une forme particulière de pouvoir : la discipline – pour un exemple, voir notamment : Lawrence (2008). Pourtant, Michel Foucault préféra finalement à la notion de pouvoir celle de gouvernement, qu'il jugea plus opératoire (Foucault, 1980). Ce revirement sémantique n'est pas une contradiction mais la conséquence logique de la conception du

pouvoir qu'il avait commencé à élaborer quelques années auparavant. Pour Michel Foucault, il n'existe pas d'essence du pouvoir (Foucault, 1978) ; seules existent des relations entre des structures de pouvoir et des sujets de pouvoir (Foucault, 1983b). Michel Foucault va donc s'attacher à identifier les modalités selon lesquelles ces relations s'établissent et produisent des effets. Ce sont ces modalités qu'il désignera sous le terme de « technologies » de pouvoir (Foucault, 1978, p. 10), avant de considérer que ces technologies font partie d'un ensemble plus vaste : celui des arts de gouverner (Foucault, 1980). Les technologies de pouvoir sont ainsi la première composante de la gouvernementalité envisagée par Michel Foucault. À l'intérieur de cette composante, le déchiffrement des mécanismes disciplinaires de pouvoir, et le constat de leur substitution aux mises en scènes antérieures du pouvoir telles que les supplices (Foucault, 1977), constituera une étape clé dans la compréhension de cette dimension technologique du pouvoir. Néanmoins, la discipline n'est qu'une des trois technologies de pouvoir décrites par Michel Foucault. Il convient donc de resituer la discipline dans la conception plus générale des technologies de pouvoir proposée par Michel Foucault.

Cette conception est énoncée dans le cours prononcé au Collège de France en 1978 (Foucault, 1978). Dans la leçon introductive, Michel Foucault y décrit les trois types de technologies de pouvoir qu'il a mis au jour dans ses travaux précédents ou qu'il souhaite explorer dans ses travaux à venir. La première de ces technologies est *juridico-administrative*. Elle repose sur la distinction du permis et de l'interdit, et sur la détermination des sanctions liées au non-respect de chaque interdit. Elle est l'expression de la souveraineté d'un pouvoir politique sur un territoire et des sujets. La technologie juridique est par conséquent associée à la naissance, durant le Moyen Âge, de ce que Michel Foucault nomme un « État de justice », et qui a évolué en « État administratif » durant la Renaissance (Foucault, 1978, p. 112). La technologie juridico-administrative vise essentiellement à maintenir le souverain en place, ainsi qu'à accroître sa richesse et sa puissance, à travers l'expansion du territoire et des populations qu'il soumet. Si cette rationalité est bien sûr celle conseillée au *Prince* par Machiavel, elle est encore celle des mercantilistes au XVII^{e} siècle. C'est également selon cette même rationalité qu'est justifié le supplice (Foucault, 1977) : toute atteinte contre la loi est une atteinte contre le souverain qui l'a édictée ; il convient alors de rappeler cette souveraineté en la marquant sur le corps physique du condamné et dans les esprits du corps social que forme les spectateurs.

Ce n'est qu'à compter du XVIII^{e} siècle que va réellement se développer la *discipline* comme technologie de pouvoir. La discipline ne se substitue pas à la loi, mais elle l'envisage selon une toute autre rationalité. L'exercice du pouvoir ne vise plus à garantir la souveraineté mais à modeler les individus à l'aide de mécanismes minutieux d'encadrement, de surveillance et de correction réglant les activités humaines. L'expression de cette rationalité est particulièrement nette, selon Foucault, dans la description fournie par Jeremy Bentham d'une prison idéale qu'il baptise Panoptique (Foucault, 1977). Le principe du Panoptique est l'internalisation des normes par les condamnés. Ceux-ci y sont enfermés dans des cellules individuelles disposées en cercle, d'où ils ne peuvent ni se voir ni communiquer entre eux. Au centre de cette prison circulaire se trouve une tour d'observation, d'où le gardien peut regarder toutes les cellules sans être aperçu par les prisonniers. L'impossibilité pour ces derniers de savoir s'ils sont ou non surveillés à un instant donné les pousse à devoir respecter les normes de la prison à tout instant. Au bout d'un certain temps, la répétition de ces normes

deviendra automatique, rendant superflue l'existence effective d'un contrôle ou de sanctions. La discipline fonctionne ainsi comme un dressage des individus. Les punitions n'y ont plus pour but de rappeler la puissance du souverain, mais de corriger un comportement qui s'écarte de la norme jusqu'à ce que celle-ci soit parfaitement intégrée par l'individu, au point qu'il s'y conforme par réflexe. Ces punitions devenues corrections doivent pas conséquent avoir un caractère pédagogique. L'exemple du Panoptique montre également l'importance, dans la technologie disciplinaire, de l'agencement spatial, et, plus généralement, du classement des individus. C'est cet ordonnancement qui permet de rendre l'individu maîtrisable, de par son appartenance à une catégorie pour laquelle certains dispositifs spécifiques de mise aux normes sont prévus. Michel Foucault note que ces règles de confinement, ces prescriptions détaillées des comportements, ces systèmes de classement, de surveillance et de corrections vont se généraliser à partir du XVIIIe à l'ensemble des institutions ayant pour mission de prendre en charge la vie des individus et des les transformer afin d'en faire des êtres normés : les prisons, les écoles, les casernes, les hôpitaux. Il nommera « normation » (Foucault, 1978, p. 59) cette manière disciplinaire de séparer le normal et l'anormal, en fonction de la correspondance ou de la non-correspondance des individus à un modèle de comportement. Il emploie ce néologisme notamment pour distinguer cette conception disciplinaire de la norme de la compréhension de la normalité dans la troisième technologie de pouvoir qu'il étudie.

Michel Foucault appellera tout d'abord cette troisième technologie de pouvoir *la sécurité*. Cette dénomination provient du fait que les premières manifestations de cette technologie que relate Michel Foucault sont liées à l'établissement d'un État de « police », entendue au sens ancien d' « art de gérer la vie et le bien-être des populations » (Foucault, 1978, p. 319). La sécurité a pour objectif essentiel le bonheur individuel et collectif. Elle va donc s'occuper de l'approvisionnement des denrées nécessaires à la vie, de la croissance démographique de la population, de sa santé, de son activité, de la bonne circulation des hommes comme des marchandises. Les dispositifs de sécurité vont ainsi tenter d'assurer un travail aux pauvres valides et d'assister dans des organisations de charité les invalides. Cette rationalité se fonde sur le postulat qu'il existe un ordre naturel des choses, un état normal de la population, qui correspond à sa félicité. La sécurité s'accompagne donc d'un appareillage statistique qui n'a pas pour fin le contrôle des populations, mais plutôt l'évaluation de leur bien être et la recherche de ce point d'équilibre qui signalerait la norme. Michel Foucault illustre la mécanique de ce raisonnement sécuritaire en expliquant le point de vue des physiocrates sur la prévention des famines. Alors que pour les mercantilistes la lutte contre les famines passait par l'administration du prix des grains, afin de les maintenir à des niveaux bas, et par l'interdiction de leur exportation, les physiocrates vont au contraire considérer qu'il existe un prix normal du grain, qui permet au producteur comme au consommateur de vivre. L'intervention de l'État sur les prix perturbant ce jeu naturel de l'équilibre de l'offre et de la demande, elle conduit à des niveaux de rémunération des producteurs qui ruinent leurs exploitations. La sécurité comme rationalité gouvernementale s'appuie par conséquent sur les principes de l'économie politique, et, plus globalement, sur le libéralisme, comme manière de penser l'action publique. L'ordo-libéralisme allemand de l'après Seconde Guerre mondiale est par exemple une déclinaison de cette rationalité sécuritaire, en ce qu'il limite le rôle de l'État à la garantie de la liberté d'entreprendre et à l'organisation d'une concurrence permettant la prospérité des petits producteurs (Foucault, 1979).

Toutefois, cet art sécuritaire de gouverner a des racines beaucoup plus anciennes, dans une forme de pouvoir que Michel Foucault qualifie de « *pastoral[e]* » (Foucault, 1978, p.128). Le pouvoir pastoral consiste à accompagner les hommes individuellement et collectivement vers leur salut. Il s'est historiquement manifesté dans la direction de conscience chrétienne. Mais cette pratique est elle-même l'héritière de la tradition antique des « arts de vivre » (Foucault, 1981, p. 29). Par cette expression, Michel Foucault fait référence à un champ de littérature très répandu dans l'antiquité grecque et latine, et qui avait pour objet la bonne manière de se conduire. Ces arts de vivre s'apprennent à travers l'enseignement d'un maître, la réflexion sur soi et l'ascèse. Ils composent ce que Michel Foucault nomme une « technologie du soi », « puisqu'il s'agit, dans toutes ces pratiques, de procédures réfléchies, élaborées, systématisées qu'on enseigne aux individus de manière [à ce] qu'ils puissent, par la gestion de leur propre vie, le contrôle et la transformation de soi par soi, atteindre un certain mode d'être » (Foucault, 1981, p. 37). Michel Foucault développera ce propos notamment dans son analyse des guides pratiques touchant à la sexualité (Foucault, 1984a, 1984b). Les techniques pastorales de pouvoir sont par conséquent indissociables des techniques du soi, car les premières visent précisément à orienter les secondes. Cette rationalité vaut pour l'orientation des comportements économiques (Foucault, 1979) comme pour celle des comportements sexuels (Foucault, 1981). À compter du XVIII^{e} siècle, le pouvoir pastoral s'est progressivement émancipé de l'Église et a été pris en charge par l'État, non plus en vue d'un salut spirituel, mais en vue d'assurer le bien-être des populations dans le monde temporel et séculier (Foucault, 1983b). Michel Foucault (1983b) note une expansion des institutions du pouvoir pastoral à l'époque moderne, au-delà de la police exercée par l'appareil d'État, visible notamment à travers la multiplication des organismes de bienfaisance. Il précise également que la famille a toujours assuré une fonction pastorale (Foucault, 1983b). Au global, le pouvoir pastoral s'est donc diffusé à l'ensemble de la société moderne par de multiples institutions.

Ainsi, les trois technologies de pouvoir successivement identifiées par Michel Foucault correspondent à trois formes de rationalité, qui donnent un sens différent à la norme : celle-ci est l'expression de la souveraineté dans les techniques juridico-administratives, l'étalon de mesure du comportement idéal dans les techniques disciplinaires, et l'état naturel de bien être auquel l'homme doit aspirer dans les techniques pastorales. Mais ces rationalités ne sont pas exclusives les unes des autres. Les repères temporels donnés parfois par Michel Foucault ne doivent pas non plus laisser penser qu'elles se remplacent au fil de l'histoire. Ce qui importe pour Michel Foucault dans l'étude des relations de pouvoir, c'est *la rationalité dominante* qui va donner son sens à l'ensemble des techniques employées dans ces relations. C'est pourquoi Michel Foucault a souligné que son projet de recherche ne relevait pas d'une histoire des techniques – la technique cellulaire ou statistique par exemple – mais plutôt d'une histoire des technologies de pouvoir, c'est à dire de la manière dont des techniques de pouvoir sont articulées entre elles. Il précise ainsi dans la leçon introductive de son cours de 1978 au Collège de France (Foucault, 1978, p. 10) :

« Donc, vous pouvez faire l'histoire de ces techniques. Mais il y a une autre histoire, qui serait l'histoire des technologies, c'est-à-dire l'histoire beaucoup plus globale, mais bien entendu également beaucoup plus floue des corrélations et des systèmes de dominantes qui font que, dans une société donnée et pour tel ou tel secteur donné [...] une technologie de sécurité par exemple va se mettre en

place, reprenant en compte et faisant fonctionner à l'intérieur de sa tactique propre des éléments juridiques, des éléments disciplinaires, quelquefois même en les multipliant ».

Michel Foucault insistera ensuite sur le fait que ces technologies sont toujours associées à des formes de manifestation du vrai, qu'il désignera sous le vocable « procédures de véridiction » (Foucault, 1980, p. 48).

Les procédures de véridiction

C'est à partir de 1980 que Michel Foucault va développer la notion d'« alèthurgie ». Ce terme, forgé à partir de racines grecques, recouvre « l'ensemble des procédés possibles, verbaux ou non, par lesquels on amène au jour ce qui est posé comme vrai par opposition au faux, au caché, à l'indicible, à l'imprévisible, à l'oubli » (Foucault, 1980, p. 8). Et il ajoute immédiatement : « il n'y a pas d'exercice du pouvoir sans quelque chose comme une alèthurgie » (Foucault, 1980, p. 8). L'alèthurgie se distingue de l'épistémologie, en ce qu'elle ne s'intéresse pas aux manière de produire une vérité scientifique, mais aux discours et aux actes par lesquelles la vérité se manifeste (Foucault, 1984c). Cette vérité n'est donc pas objective mais subjective, en ce qu'elle concerne celui ou ceux qui sont sujets dans la relation de pouvoir : soit parce que cette vérité transforme les sujets en objets de savoir – le fou, le locuteur ou le travailleur par exemple (Foucault, 1966, 1972) – soit parce cette vérité est énoncée par le sujet lui-même, qui se constitue comme sujet à travers cet acte de vérité (Foucault, 1980). L'alèthurgie n'est donc pas la recherche de l'objectivité, mais l'analyse des procédés d'objectivation, qu'il s'agisse de l'objectivation d'autrui ou de soi-même. En outre, la manifestation du vrai ne limite pas aux seuls discours ; la vérité peut se manifester également par des actes ou des expériences qui révèlent le sujet à lui-même et aux autres, comme la pénitence par exemple (Foucault, 1980).

Cette perspective va conduire Michel Foucault à envisager successivement différentes procédures de véridiction. La première d'entre elle, abordée avant même la conceptualisation générale des procédures de véridiction, découle des *procédés scientifiques*. Ces procédés ont été pour la première fois décrits par Michel Foucault dans son étude sur la naissance de la médecine clinique (Foucault, 1963). Dans cet ouvrage, Michel Foucault examine comment l'émergence de la médecine comme science à la fin du XVIII^{e} siècle en France s'est accompagnée de procédures de confinement des patients ayant pour but de les rendre accessibles au regard médical. Ces dispositifs d'observation vont permettre aux médecins de constituer un savoir étayé par des preuves empiriques. Ces procédures de véridiction vont avoir pour effet d'instaurer une séparation entre le sachant – le médecin – et les non-sachants – dont les patients eux-mêmes. Elles sont à la fois permises par un rapport de pouvoir, qui soumet le sujet au regard médical, et renforcent ce rapport, en faisant du médecin un être capable de dire sur le sujet une vérité que lui-même ignore. Ces procédures de véridiction s'inscrivent dans un double processus d'institutionnalisation de la médecine clinique – c'est-à-dire au lit du malade – comme exercice se déroulant dans une institution de confinement : l'hôpital, et comme savoir professionnel réservé à ceux ayant pratiqué, en sus de leur cursus universitaire, dans ces conditions d'exercice. Au terme des réformes de l'An XI, la pratique

de la médecine hors de l'expérience clinique ne peut en effet plus conférer le titre de docteur en médecine.

Toutefois, le dispositif de savoir-pouvoir scientifique n'est qu'une des relations possibles entre les arts de gouverner et les procédés de véridiction. Le *mythe* en représente une seconde, comme le suggère la lecture de Michel Foucault du mythe d'Œdipe (Foucault, 1980). Au-delà de la fonction symbolique du mythe, Michel Foucault souligne les différentes procédures de véridiction qui apparaissent dans le récit de Sophocle, procédures qui instituent puis renversent le pouvoir royal. Ce pouvoir est tout d'abord fondé sur une procédure prophétique, par laquelle la vérité est transmise des Dieux aux humains par l'intermédiaire de l'oracle. Mais cet oracle n'est pas facile d'interprétation. Aussi la pièce de Sophocle se poursuit-elle comme une enquête, faisant intervenir des témoins qui vont permettre de reconstituer les faits. Le mythe n'est donc pas traité par Michel Foucault comme une procédure de véridiction en tant que telle, mais, à l'instar des procédés scientifiques, comme une mise en relation entre des procédés de véridiction et l'établissement d'un rapport de pouvoir. Le mythe dit quels sont les procédés de véridiction propres à fonder ou renverser le pouvoir – en l'occurrence : la prophétie et le témoignage.

Une troisième forme de relation entre les procédures de véridiction et le pouvoir procède de l'*éthique*. Cette relation est illustrée dans la pratique antique de la *parrêsia*, qui consiste à déclarer la vérité aux détenteurs du pouvoir, qu'il s'agisse d'assemblées ou de tyrans (Foucault, 1983a). Cette pratique est jugée essentielle au bon gouvernement de la cité à la fois par Platon – dans *La République* (Platon, 2002) – et par Aristote – dans l'*Éthique à Nicomaque* (Aristote, 1998) – puisqu'elle empêche celui-ci de sombrer dans l'erreur. Comme le souligne Michel Foucault, la *parrêsia* relève de l'éthique dans la mesure où elle requiert la conviction personnelle d'avoir une connaissance vraie des choses ainsi que le courage d'exprimer cette conviction, quel qu'en soit le prix à payer. Là encore, la *parrêsia* n'est possible que dans un rapport de pouvoir, du fait qu'elle se déroule entre un sujet de pouvoir et celui qui l'exerce. Elle est à la fois une parole et un acte, étant donné qu'elle constitue un événement qui peut avoir des conséquences. Une seconde procédure de véridiction appartenant à l'éthique est l'aveu. Cet aveu pose lui aussi une parole et un acte, dès lors qu'il s'accompagne le plus souvent d'une démonstration publique de pénitence (Foucault, 1980). L'aveu est au centre des technologies pastorales de pouvoir telles qu'elles se sont déployées dans le christianisme primitif (Foucault, 1980). À travers l'aveu, et les pratiques de pénitences qui lui sont associées, le croyant est guidé vers son salut. Comme la *parrêsia*, l'aveu est donc autant le produit d'une relation de pouvoir que d'une technologie du soi. Les procédures éthiques sont ainsi celles où le rapport entre véridiction et constitution du sujet apparaît comme le plus évident.

Toutefois, toute procédure de véridiction dit quelque chose à la fois sur celui qui est assujetti au pouvoir et sur celui qui le détient. En ce sens, les procédures de véridiction, même lorsqu'elles ne reposent pas sur des technologies du soi, contribuent à la constitution du sujet (Foucault, 1981). Le discours scientifique distingue par exemple le malade de la personne en bonne santé (Foucault, 1963). Mais, nous l'avons vu, il différencie également le médecin du non-médecin. Il en découle que le sujet du rapport de pouvoir peut être aussi bien celui qui exerce le pouvoir que celui sur lequel le pouvoir est exercé. Le sujet du mythe d'Œdipe est le roi lui-même. La *parrêsia* s'adresse pareillement au détenteur du pouvoir. Les phénomènes de subjectivation qui apparaissent à travers les technologies de pouvoir et les procédures de

véridiction résultent par conséquent de l'objectivation tant du gouverné que du gouvernant. L'un et l'autre vont se définir comme sujets dans ce rapport, en réponse à cette objectivation.

Les modes de subjectivation

L'héritage foucaldien étant souvent résumé à l'analyse du pouvoir disciplinaire, certains auteurs de référence en théorie des organisations ont argumenté que les travaux de Michel Foucault ne laissent pas de place à l'existence d'un sujet agissant sur lui-même et sur la réalité qui l'entoure (Friedland et Alford, 1991). Peu de temps avant sa mort, Michel Foucault a lui-même contredit cette interprétation de son œuvre :

> « Je voudrais dire, tout d'abord, ce qui a été l'objectif de mon travail durant ces vingt dernières années. Cela n'a pas été d'analyser les phénomènes de pouvoir, ni d'élaborer les fondements d'une telle analyse. Mon objectif a davantage été de créer une histoire des différents modes par lesquels, dans notre culture, on a fait des êtres humains des sujets [...]. Par conséquent ce n'est pas le pouvoir, mais le sujet, qui est le thème général de ma recherche. » (Foucault, 1983b, pp. 208-209)

Dans ce même écrit, Michel Foucault souligne la polysémie du mot *sujet*, qui signifie à la fois l'assujettissement à un pouvoir et l'identité par laquelle un individu se définit consciemment. Le sujet est donc toujours l'objet d'un dispositif de pouvoir. Mais ce dispositif est en même temps l'instrument par lequel il va se concevoir lui-même, en conformité ou en réaction à cette objectivation. Ce qu'il revient au chercheur de dévoiler, ce sont les stratégies par lesquelles le pouvoir objective ceux qui lui sont soumis, et les contre-stratégies que les individus déploient en réponse pour défendre ce qu'ils considèrent être leur identité (Foucault, 1983b). Les technologies du soi développées par les individus peuvent ainsi relayer les technologies de pouvoir ou constituer au contraire un moyen d'y résister. Une technologie spécifique de pouvoir, la technologie pastorale, repose en outre spécifiquement sur l'orientation des technologies du soi. Ainsi, dans la conception pastorale antique, « le maître, c'est celui qui se soucie du souci que le sujet à de lui-même » (Foucault, 1982, p. 58). De la même manière, les institutions pastorales modernes se préoccupent de la définition de l'individu (Foucault, 1983b). De surcroît, ainsi que nous l'avons précédemment évoqué, celui qui exerce le pouvoir se constitue également comme sujet dans la relation de pouvoir. Cette subjectivation du gouvernant est mentionné par Foucault dès ses premières réflexions sur la notion socratique du souci de soi (Foucault, 1982). Il remarque notamment que l'*Alcibiade* se conclut sur l'idée que, pour qu'Alcibiade soit en capacité de bien gouverner la cité, il doit d'abord s'employer à se soucier de lui-même. Par ce souci de soi, Socrate entend toute une série de techniques qui visent à réfléchir sur soi-même. S'occuper de soi, dans le sens de réfléchir sur soi, apparaît donc dans ce dialogue comme une condition nécessaire pour pouvoir s'occuper des autres, et prétendre les gouverner.

Mais en quoi consistent exactement ces « technologies du soi » (Foucault, 1981, p. 37) qui s'appliquent aussi bien au sujet gouverné qu'au sujet gouvernant ? Elles incluent, dans l'Antiquité, des techniques méditatives (Foucault, 1982), la pratique philosophique (Foucault, 1983a), l'interprétation des rêves (Foucault, 1984b) ou encore la diététique (Foucault, 1984a).

Ces différents arts de vivre ont donné naissance à une abondante littérature, ainsi qu'à un certains nombres d'institutions sociales, dont celle, notamment, dans la Rome antique, « du consultant privé qui servait, dans une famille ou dans un groupe, de conseiller d'existence » (Foucault, 1984b, p. 73). Ces conseils et enseignements étaient également parfois prodigués dans des écoles, comme celle d'Épictète (Foucault, 1984b). Certaines de ces écoles de pensée ont engendré la création de communautés, telles que les néo-pythagoriciens ou les épicuriens, dans lesquelles les membres les plus avancés avaient pour mission de diriger les autres et où les arts de vivre pouvaient être exercés en commun. Durant le Moyen Âge chrétien, ces techniques se concentrent sur l'examen et sur la direction de conscience (Foucault, 1980). La pratique de la confession (Foucault, 1984c), et, plus largement, du pastorat des fidèles organisé par l'Église (Foucault, 1978), fournit un autre exemple d'institutionnalisation de techniques du soi. Néanmoins, même si les technologies du soi antiques ou médiévales ont pu s'exercer dans des cadres collectifs, leur objet demeurait toujours la réflexion de l'individu sur lui-même. L'ensemble de ces techniques employait par conséquent des procédures de véridiction relevant de l'éthique, c'est-à-dire invitant l'individu à exprimer, dans ses paroles et ses actes, une vérité sur lui-même et non sur le collectif auquel il appartient. C'est pourquoi le terme d'identité du sujet parfois utilisé par Michel Foucault (Foucault, 1983b) ne se réfère pas à une essence individuelle ou collective mais à une modalité d'existence de l'individu (Foucault, 1981), à son *êthos*. Par le terme « *êthos* », Michel Foucault entend « la manière de faire, d'être et de se conduire des individus » (Foucault, 1984c, p. 33). Par conséquent, pour Michel Foucault, le sujet ne se définit pas en disant qui il est, ou à quel groupe il appartient, mais en adoptant une certaine façon d'être qui se traduit dans son discours et dans ses actions. De la même manière, les catégorisations par lesquelles le pouvoir objective les individus et établit des séparations entre eux – par exemple : entre le fou et l'homme sain, ou entre le malade et l'invalide (Foucault, 1983b) – ne sont pas fondées sur des propriétés essentielles des individus mais sur la qualification et le modelage de leur comportement.

Cette acception foucaldienne de la subjectivité comme conduite individuelle déterminée par des technologies de pouvoir et des technologies du soi invite à s'interroger sur la possibilité d'une transposition de cette conception de la subjectivité à l'échelle collective qui est celle de l'organisation (Moisdon, 2005). Existe-il quelque chose comme un *êthos organisationnel*, c'est-à-dire une manière de faire, d'être et de se conduire des organisations, par lequel un sujet organisationnel pourrait être constitué et se constituer lui-même ? Dans la mesure où les cadres d'organisation ont précisément pour objet de régler la conduite des organisations (DiMaggio et Powell, 1991) et amènent les organisations à se définir par référence à eux (Wedlin et Sahlin, 2017), ces cadres – en tant que gabarits et archétypes – peuvent constituer une forme d'*êthos* organisationnel. Le cadre d'analyse de la gouvernementalité permet par conséquent de reconsidérer la question du changement institutionnel présentée en section précédente, en se demandant comment un ensemble de technologies de pouvoir et de procédures de véridiction peuvent légitimer de nouveaux cadres d'organisation qui vont amener des organisations régulées à se redéfinir elles-mêmes en rapport à ces cadres. Dans le sens inverse, la littérature néo-institutionnaliste invite à s'intéresser à ceux qui portent concrètement ces cadres dans et en dehors des organisations régulées, c'est-à-dire aux acteurs qui font vivre concrètement un régime de gouvernementalité.

Nous empruntons cette notion de régime de gouvernementalité à Aggeri (2005), qui l'a utilisée pour rendre compte de l'évolution de la gouvernementalité dans le secteur de l'environnement. Pour Aggeri, un régime de gouvernementalité est caractérisé par quatre éléments : 1. des objets de gouvernement sur lesquels l'action publique va s'exercer – par exemple : la pollution de l'air ; 2. des cibles de gouvernement qui sous-tendent cette action publique – par exemple : le développement durable ; 3. un régime de visibilité, par lequel les gouvernés sont objectivés ; et 4. des formes de gouvernement, c'est-à-dire des modes de relations entre gouvernant et gouvernés. Ces caractéristiques révèlent la rationalité gouvernementale à l'œuvre au sein d'un même régime. Comme celle de régime de régulation (S. K. Vogel, 1996), la notion de régime de gouvernementalité implique par conséquent une forme de cohérence d'ensemble, qui donne à la fois une orientation et une structuration à l'action publique. Nous garderons cette même approche des régimes de gouvernementalité pour le secteur sanitaire, mais en précisant chacun de ses éléments à l'aune de notre lecture des travaux de Michel Foucault. Comme Aggeri (2005), nous nous attacherons à comprendre la rationalité qui conduit un gouvernement à centrer l'action publique sur un objet particulier. Nous nous efforcerons également de décrire la cible du gouvernement en termes de subjectivation des gouvernants et des gouvernés. Nous retracerons le régime de visibilité à travers l'étude des procédés de véridiction employés dans le régime de gouvernementalité. Enfin, nous aborderons les modes de relations entre gouvernants et gouvernés par l'analyse des technologies de pouvoir mobilisées au sein du régime.

Au global, l'approche instrumentale que nous proposons, et qui s'appuie sur les recommandations finales données par Michel Foucault à l'issue de ses travaux sur le gouvernement de soi et des autres, tente de dépasser l'analyse critique des relations de pouvoir à laquelle le concept de gouvernementalité a souvent été relégué en sciences de gestion (Hardy et Clegg, 2006; McKinlay et Starkey, 1998). Cette approche est cohérente avec celle de régime de gouvernementalité développée par Aggeri (2005) et peut être résumée en quatre étapes : 1. identification de la rationalité gouvernementale qui donne sa cohérence d'ensemble aux dispositifs du régime ; 2. analyse de la manière dont les gouvernés sont objectivés par les gouvernants, et dont gouvernants et gouvernés se définissent comme sujets collectifs dans ce régime ; 3. décryptage des procédures de véridiction employées dans ces objectivations et subjectivations ; et 4. examen des mécanismes de pouvoir qui soutiennent ces procédures de véridiction. Cette approche est instrumentale, dans la mesure où elle s'intéresse aux effets, pour les gouvernants comme pour les gouvernés, des instruments de l'action publique (Moisdon, 2013). Toutefois, à la différence des premières investigations du CGS (Moisdon et al., 1997), notre approche s'intéresse moins à des outils de gestion qu'à des *dispositifs* de gestion, c'est-à-dire à des « types d'arrangements des hommes, des objets, des règles et des outils [qui] paraissent opportuns à un instant donné » (Moisdon, 1997, pp. 10-11). En outre, à la différence de celles élaborées par Moisdon et al. (1997) ou par Lascoumes et Le Galès (2004), notre approche est moins typologique que processuelle, dans la mesure où nous souhaitons appréhender les effets de procédés d'action publique davantage que catégoriser les instruments que cette action mobilise. Bien que nous nous référions à des catégorisations forgées par Michel Foucault – comme celle des technologies de pouvoir par exemple – il s'agit de catégories de procédés et non d'instruments.

Conclusion du premier chapitre

Dans ce chapitre nous avons dressé un cadre théorique ayant pour but d'appréhender conceptuellement notre questionnement de recherche. Ce cadre permet de resituer la question des transformations en cours de la régulation sanitaire en France, de son fonctionnement et de ses effets, dans les débats actuels de la théorie de la régulation. En partant de la notion de régimes de régulation, et des leurs multiples composantes possibles (Hood et al., 2001), nous avons abordé la question de la gouvernance de ces régimes (Levi-Faur, 2011) et présenté un modèle simplifiée et englobant des différents types de gouvernance pouvant exister (K. W. Abbott et al., 2015) : celui de l'orchestration. Ce modèle de l'orchestration met en lumière l'expansion, à l'échelon international et aux échelons nationaux, d'une forme souple et intermédiée de gouvernance de la régulation, répondant à des problèmes complexes pour lesquels les régulateurs ne sont pas en capacité d'édicter des règles contraignantes et d'application directe. Nous avons exposé les avancées récentes dans la connaissance sur les intermédiaires de régulation, articulées autour d'un développement du modèle de l'orchestration : le modèle RIT – pour Regulator-Intermediary-Target (K. W. Abbott et al., 2017c). Nous avons vu que cet embryon de littérature donne des précisions sur les capacités propres des intermédiaires de régulation et sur leurs fonctions dans les systèmes de régulation. Néanmoins, les effets de cette intermédiation sur les organisations régulées comme régulatrices demeurent largement inexplorés.

La recherche d'une compréhension de ces effets nous a conduits à examiner les particularités des régimes souples de régulation dans lesquels les intermédiaires interviennent, et à constater que, lorsque ces régimes entendent réguler des organisations, la régulation souple prend la forme d'une conception, d'une diffusion, d'une adoption et d'une adaptation de cadres d'organisation (Wedlin et Sahlin, 2017). Analyser les effets de la régulation souple intermédiée implique dès lors de s'intéresser aux processus de changement organisationnel reposant sur la légitimation de tels cadres (Deephouse et al., 2017) ainsi qu'à la contribution des intermédiaires à ces processus. Bien que la théorie néo-institutionnaliste ait fourni d'abondantes productions académiques sur ce sujet, elle a manqué jusque récemment d'une vision intégrée susceptible de déceler les combinaisons de facteurs pouvant expliquer en pratique l'adoption ou le rejet de cadres d'organisation nouveaux (Micelotta et al., 2017). Il est par conséquent nécessaire de compléter cette perspective en s'intéressant plus directement aux effets concrets des dispositifs de régulation souple intermédiée. C'est pourquoi nous avons eu recours à une approche instrumentale, centrée sur les effets des dispositifs de l'action publique (Moisdon, 2013). L'approche que nous proposons découle des recommandations de Michel Foucault quant aux directions à donner aux travaux sur la gouvernementalité (Foucault, 1983a, 1984c). Elle vise à identifier la rationalité, les modes d'objectivation et de subjectivation collective, les procédés de véridiction ainsi que les technologies de pouvoir qui constituent un régime de gouvernementalité, afin de dévoiler le fonctionnement et les effets dans le réel de ce régime. Cette conception des régimes de gouvernementalité s'inscrit dans la continuité des travaux du CGS sur les régimes de gouvernementalité et les outils de gestion (Aggeri, 2005; Moisdon, 2005; Moisdon et al.,

1997) ainsi que dans le prolongement des analyses de l'instrumentation publique (Lascoumes et Le Galès, 2004). Toutefois, notre démarche se distingue par sa focale processuelle et par la place première qu'elle donne à la question des effets des régimes de gouvernementalité sur les organisations régulées et régulatrices. Son application à notre cas empirique a donc pour but de donner des éléments de réponses à notre questionnement de recherche.

Chapitre 2 : Un cas de régulation souple intermédiée : la participation de l'ANAP au Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé en France

Afin de pouvoir comprendre pourquoi le cas de la participation de l'ANAP au Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé peut constituer un cas intéressant d'application de notre approche en régime de gouvernementalité pour notre questionnement de recherche, il est nécessaire de resituer au préalable cette approche par rapport aux travaux antérieurs du CGS sur la gouvernementalité du secteur sanitaire français. Nous explicitons donc, en première section, l'originalité de notre approche en régimes de gouvernementalité par rapport à celle en formes de gouvernementalité élaborée par Lenay (2005) et développée par Cazin (2017). Sur ce fondement, nous abordons, en seconde section, le Plan triennal comme une nouvelle tentative d'articulation de ces formes de gouvernementalité, et précisons la place occupée dans ce régime par les dispositifs de régulation souple intermédiée mis en œuvre par l'ANAP. Nous décrivons enfin, en troisième section, le cadre d'organisation porté par ces dispositifs – celui de l'hospitalisation ambulatoire – et examinons en quoi il diverge des cadres d'organisation antérieurement institués à l'hôpital.

Section 1 : Formes et régimes de gouvernementalité sanitaire en France

L'étude de la gouvernementalité du secteur sanitaire français a déjà fait l'objet de travaux du CSG par le passé (Cazin, 2017; Lenay, 2005). Lenay (2005) a ainsi distingué trois formes de gouvernementalité dans ce pays et ce secteur : 1. la régulation, qui considère les hôpitaux et cliniques comme des producteurs de soins responsables de leur équilibre économique, et qui vise à accroître leur productivité par des mécanismes de comparaison des coûts de production et d'allocation de ressources ; 2. la planification, qui repose sur la définition d'objectifs de santé publique et leur traduction en niveaux d'équipements et de qualifications par discipline ou spécialité médicale ; et 3. l'organisation, qui porte sur la détermination de trajectoires-types de prise en charge des patients et sur la coordination entre les professionnels des différentes structures impliquées dans ces prises en charge. Dans son analyse des groupements hospitaliers de territoire (GHT), Cazin (2017, p. 224) propose de requalifier cette troisième forme de gouvernementalité en « stimulation de l'exploration collective ». L'organisation, en tant que forme de gouvernementalité sanitaire, se singularise en effet, selon Cazin (2017), par une coopération exploratoire. Cette notion de coopération exploratoire, forgée par Aggeri (2005) dans le secteur environnemental, désigne des politiques publiques dont les objets sont encore flous, et dans lesquelles l'État va tenter d'organiser la recherche collective de solutions à ces problèmes mal connus. En l'occurrence, pour Cazin (2017), ces objets flous sont le territoire, les parcours des patients et les GHT. Lenay (2005) comme Cazin (2017) soulignent que ces différentes formes de gouvernementalité coexistent sans être nécessairement articulées de manière cohérente, et peuvent même parfois rentrer en contradiction.

Après avoir précisé les caractéristiques de chacune de ces formes de gouvernementalité, nous montrons cependant qu'une tendance à l'hybridation entre celles-ci est observable sur le

long terme, et que cette tendance s'est accentuée au gré des transformations de leurs outillages. Loin de nier la persistance des difficultés d'articulation entre ces formes de gouvernementalité, nous explicitons en quoi notre approche en régimes de gouvernementalité vise à au contraire à comprendre comment les acteurs du système de santé essayent de gérer ces difficultés par la construction de rationalités et d'outillages hybrides.

Les caractéristiques des formes de gouvernementalité sanitaire en France

Lenay (2005) caractérise les formes de gouvernementalité sanitaire selon quatre dimensions : 1. l'objet de gouvernement, c'est-à-dire ce sur quoi la politique publique s'applique – par exemple : l'hôpital ; 2. le mode de définition de la performance de cet objet – par exemple : la productivité ; 3. le mode de subjectivation, c'est-à-dire la manière de définir les sujets dans le rapport de pouvoir – par exemple : comme des producteurs de soins responsables de leur équilibre économique ; et 4. les opérations cognitives dominantes et les outillages gestionnaires qui y sont associés – par exemple : la comparaison à l'aide d'un indice de productivité. Lenay (2005) expose également les limites de chacune de ces formes de gouvernementalité. Tout comme la conceptualisation d'Aggeri (2005) des régimes de gouvernementalité environnementale, cette caractérisation prend comme point de départ l'objet gouverné et l'état souhaité de cet objet, en termes de performance ou de cibles. La dimension cognitive de Lenay (2005) fait également écho à celle de régime de visibilité chez Aggeri (2005) en ce qu'elles désignent toutes deux les techniques par lesquelles les gouvernés sont objectivés. En revanche, les quatrième et troisième dimensions mises respectivement en exergue par ces deux auteurs ne sont pas les mêmes : alors qu'Aggeri (2005) s'intéresse aux modes de relation entre gouvernants et gouvernés, Lenay (2005) se concentre sur les modes de subjectivation employés dans cette relation. Cazin (2017) a proposé une fusion des deux grilles d'analyse pour le secteur sanitaire, en ajoutant les modes de relation entre gouvernants et gouvernés à la caractérisation de Lenay (2005). Nous examinerons donc les caractéristiques de chacune des formes de gouvernementalité à partir de cette dernière typologie en cinq dimensions, tout en précisant les modifications et actualisations qu'elle apporte par rapport à celle de Lenay (2005). À la différence de Lenay (2005), Cazin (2017) adopte une présentation chronologique des formes de gouvernementalité sanitaire, de la plus ancienne à la plus récente. Cazin (2017) resitue également chacune des trois formes de gouvernementalité dans les trois grands paradigmes de l'action publique décrits par Osborne (2010) : l'Administration publique pour la planification, le Nouveau Management public pour la régulation, et la Nouvelle Gouvernance publique pour la stimulation de l'exploration collective.

De ce point de vue historique, la première des formes de gouvernementalité sanitaire en France est la *planification*. Conformément aux principes hiérarchiques et bureaucratiques de l'Administration publique (Osborne, 2010), la planification est fondée sur un système d'autorisations d'activités attribuées selon des critères à la fois quantitatifs et qualitatifs. La première traduction législative de ce système a été l'instauration de la carte sanitaire par la loi du 31 décembre 1970 (Loi portant réforme hospitalière, 1970). La carte sanitaire relevait d'une planification centralisée, par laquelle les services de l'État définissaient les besoins en lits et en équipements dans chacun des 256 secteurs sanitaires du territoire national. Ces

besoins étaient principalement évalués à l'aide d'un indicateur : le ratio entre le nombre de lits dans un secteur et sa population. La création des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) par la loi du 31 juillet 1991 (Loi portant réforme hospitalière, 1991) a marqué une double évolution de la planification sanitaire en France : d'une part, sa régionalisation, et, d'autre part, sa spécification par discipline médicale. Cette double évolution s'est accentuée au cours des trois versions successives des SROS, de 1991 à 2011. La régionalisation a notamment été renforcée avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) par l'ordonnance du 24 avril 1996 (Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, 1996), qui confie à ces agences la mission d'élaborer et de mettre en œuvre une politique d'offre de soins hospitaliers à l'échelle régionale à travers les SROS. La carte sanitaire a été supprimée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 (Ordonnance portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux, 2003) qui a remplacé la notion de secteur sanitaire par celle de territoire de santé. À compter de 2003, la détermination de l'offre hospitalière ne s'est donc plus faite par agrégation de secteurs, mais par application à des ensembles territoriaux d'une politique définie au niveau régional.

La spécification par activité médicale a quant à elle consisté tout d'abord à déterminer les objectifs d'offre de soins par grands champs – médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie – en distinguant certaines activités coûteuses comme la néonatologie, les urgences, la réanimation, ou l'hémodialyse, et par équipement médico-technique – par exemple : les blocs opératoires, les plateaux d'imagerie ou les laboratoires. Dans les dernières versions des SROS, cette spécification a pris la forme de Projets médicaux de territoire, souvent déclinés par spécialité médicale ou filière de soins – par exemple la cancérologie ou la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC). La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire du 21 juillet 2009 (Loi HPST, 2009) a plus tard élargi le périmètre des SROS – devenus Schémas régionaux d'organisation des soins – aux soins de ville, désormais intégrés dans le champ de compétences des Agences régionales de santé (ARS) en sus des fonctions jusqu'alors assurées par les ARH. Ces SROS sont conçus comme la traduction d'un Projet régional de santé (PRS) devant définir les orientations stratégiques en matière d'organisation des soins à l'échelle de la région (DGOS, 2011). Enfin, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (Loi de modernisation de notre système de santé, 2016) a révisé le contenu obligatoire des PRS. Ceux-ci doivent maintenant comprendre – par modification de l'article L1434-2 du Code de la santé publique – trois éléments : 1. un « cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans » ; 2. un Schéma régional de santé, qui doit décliner les objectifs stratégiques en objectifs opérationnels sur cinq ans ; et 3. « un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ». La planification inclut par conséquent désormais un volet de prévention. De surcroît, les PRS couvrent dorénavant également le secteur médico-social [4], dans une logique de décloisonnement entre ce secteur et le secteur sanitaire. La planification a ainsi connu depuis une cinquantaine d'années une extension considérable de son objet, évoluant des capacités

[4] Ce secteur regroupe les structures prenant en charge les personnes âgées ou handicapées dépendantes, telles que par exemple les maisons de retraite – officiellement appelées : établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) - ou les établissements et services d'aide par le travail.

d'hospitalisation – en lits et en équipements – jusqu'aux parcours des patients et des personnes dépendantes, ainsi que de son outillage, partant d'une fixation centralisée d'autorisations pour aboutir à la définition d'orientations stratégiques et opérationnelles régionales.

Dans le même temps, une autre forme de gouvernementalité du secteur sanitaire s'est développée : la *régulation*. Le terme de régulation, tel qu'entendu par Lenay (2005) et Cazin (2017), a un sens différent de celui issu de la théorie de la régulation que nous avons utilisé jusqu'à présent. Lenay (2005) et Cazin (2017) considèrent la régulation comme une forme particulière de gouvernementalité du secteur sanitaire et non par comme l'activité générale de production, de mise en exécution et de contrôle de d'application de règles (Levi-Faur, 2011). Cette forme de gouvernementalité est caractérisée, selon Cazin (2017), par une relation entre gouvernants et gouvernés dans laquelle l'État organise un marché. La genèse du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) rappelée par Lenay (2005) permet de comprendre comment l'État a pu organiser un marché pour les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)[5]. Avant la mise en place progressive du PMSI, qui a débuté en 1982, le monde hospitalier était en effet caractérisé par ce que Engel, Kletz, Moisdon et Tonneau (2000, p. 12) ont qualifié d'« empêchement de gérer ». Comme le soulignaient ces auteurs, l'absence de système de mesure adéquate de l'activité médicale rendait inopérant tout outil de gestion à l'hôpital. Lenay (2005) décrit comment le PMSI a conduit à une sortie de cet empêchement de gérer, en fournissant une représentation de la production de soins en MCO acceptée par les professionnels de santé et compréhensible par les directions d'hôpitaux comme par leurs tutelles. Cette représentation repose sur une classification des séjours hospitaliers de MCO en groupes homogènes de malades (GHM). Chaque GHM regroupe des pathologies similaires tant sur le plan médical – c'est-à-dire au niveau des actes et des soins pratiqués – que sur le plan des consommations de ressources qu'elles induisent. La réalisation, à partir des années 1990, d'une Étude nationale de coûts (ENC) par GHM, calculés sur la base d'un échantillon d'établissements de santé, a rendu possible la comparaison de la productivité des hôpitaux. L'indicateur d'abord retenu pour cette comparaison a été l'indice synthétique d'activité (ISA). En attribuant une valeur arbitraire de 1000 points ISA à un GHM – accouchement par voie basse sans complication – le ministère de la Santé était en capacité de valoriser chacun des autres GHM dans cette unité de compte non monétaire en fonction de son coût moyen dans l'ENC[6]. Cette échelle relative de coûts exprimée en points ISA était révisée chaque année grâce aux données de l'ENC et rendue publique. La production de séjours en MCO de chaque hôpital – aussi appelée « case-mix » – pouvait par conséquent être traduite en points ISA par l'ensemble des acteurs du monde hospitalier. La dotation annuelle reçue par chaque hôpital pouvait ainsi facilement être rapportée à cette production. Les hôpitaux disposaient de cette manière d'un indicateur comparant simplement leur niveau global de productivité, en neutralisant l'effet de la variabilité du case-mix : une valeur du point ISA deux fois moindre dans un hôpital A par

[5] Cet ensemble de disciplines est souvent désigné sous le sigle MCO. Il correspond au périmètre du court séjour hospitalier, dans la mesure où les séjours dans les autres disciplines – comme la psychiatrie ou le SSR– sont en moyenne plus longs.

[6] Par exemple, si, pour l'année considérée, l'accouchement par voie basse sans complication présentait un coût moyen dans l'ENC de X et un autre GHM un coût Y deux fois supérieur, la valorisation de cet autre GHM en points ISA était de : Y/X x 1000 = 2 x 1000 = 2000.

rapport à un hôpital B signifiait que l'hôpital A était deux fois plus efficient que l'hôpital B. Lenay (2005) notait que cette information était diversement mobilisée par les ARH, certaines s'en servant pour rééquilibrer les dotations entre établissements, et d'autres préférant reconduire les dotations historiquement attribuées en dépit des inégalités constatées.

Comme le signale Cazin (2017), cet outillage initial de la régulation a été remplacée à partir de 2004 par une tarification à l'activité – souvent dénommée par le sigle T2A. Les coûts par GHM issus de l'ENC sont désormais utilisés chaque année par le ministère de la Santé afin de déterminer des tarifs par groupe homogène de séjours (GHS). La mécanique de détermination des tarifs par GHS consiste principalement à ventiler entre les GHS l'objectif national de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (ONDMCO), voté annuellement par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en fonction du coût unitaire et du volume prévisionnel de chaque GHS. Ainsi que l'indique Cazin (2017), la régulation, entendue comme une forme de gouvernementalité du secteur sanitaire français, repose donc aujourd'hui principalement sur un outillage d'allocation de ressources faisant appel à des mécanismes de marché. Chaque hôpital est désormais considéré comme responsable de ses recettes et de la mise en adéquation de ses coûts à celles-ci. Dans cette mesure, la régulation constitue bien une forme de gourvernementalité empruntée au paradigme du Nouveau Management public. Tel que défini initialement par Hood (1991), le Nouveau Management public est un paradigme d'action publique qui pose comme principe général que les techniques gestionnaires issues du monde concurrentiel de l'entreprise privée sont adaptables à la sphère publique, et qu'elles sont plus efficaces et efficientes que celles héritées de l'Administration publique traditionnelle. Comme le souligne Moisdon (2012 ; 2013), ce mode de régulation relève d'une rationalité gouvernementale selon laquelle le régulateur va pouvoir piloter le comportement des hôpitaux via des incitatifs tarifaires, sans avoir à rentrer dans le fonctionnement organisationnel complexe de ceux-ci. Les effets de la T2A sur les pratiques professionnelles et la réduction des coûts demeurent cependant, selon Moisdon (2012 ; 2013), modestes. Ceux-ci apparaissent, d'après cet auteur, limités à deux phénomènes : 1. la recherche d'une augmentation de l'activité afin d'engendrer plus de recettes ; et 2. le non-remplacement des départs à la retraite dans les services où ces départs ont lieu. En outre, Cazin (2017) démontre, à travers son étude des GHT, les difficultés d'articulation de la T2A, fondée sur une logique de compétition, avec la troisième forme de gouvernementalité à avoir émergé dans le secteur sanitaire français, qu'il nomme « stimulation de l'exploration collective » (Cazin, 2017, p. 224).

Selon Cazin (2017), cette troisième forme de gouvernementalité du secteur sanitaire français s'inscrit dans le paradigme de la Nouvelle Gouvernance publique. Forgé par Osborne (2010), le concept de Nouvelle Gouvernance publique veut rendre compte du fait que l'État n'est plus qu'un acteur parmi d'autres dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques. Ce constat implique de considérer comment se constituent des réseaux d'acteurs publics, et comment différentes pressions institutionnelles interagissent dans la conduite et la réalisation de l'action publique. Le paradigme de la Nouvelle Gouvernance publique se situe donc explicitement dans la perspective néo-institutionnaliste décrite au chapitre précédent. La *stimulation de l'exploration collective* relève, selon Cazin (2017), de ce paradigme, dans la mesure où il s'agit pour l'État de coordonner les ARS et les établissements de santé afin que ces acteurs s'organisent autour d'un objet nouveau : les parcours des patients. Cazin (2017) révise ainsi la caractérisation de la troisième forme de gouvernementalité identifiée par Lenay

(2005). Selon Cazin (2017), la spécificité de cette troisième forme de gouvernementalité est de rechercher à mettre en place une coopération entre les acteurs du système de soins. Cazin (2017), en référence à l'analyse d'Aggeri (2005) des politiques environnementales, qualifie cette coopération d'exploratoire, dans la mesure où les objets qu'elle traite – tels que les GHT ou les parcours de santé – sont flous et définis chemin faisant en collaboration entre les services de l'État et les acteurs de terrain. Aussi l'outillage de la coopération est-il co-construit avec ces acteurs. Il est principalement constitué par la définition de trajectoires-types de prise en charge des patients à travers l'élaboration des Projets médicaux partagés des GHT. La relation entre gouvernants et gouvernés qui en découle est par conséquent celle d'une délégation du pouvoir de l'État à ces acteurs de terrain.

Cette classification des formes de gouvernementalité qui se sont successivement mises en place dans le secteur sanitaire français donne une vision longitudinale des modifications des arts de gouverner survenues dans notre champ de recherche. Lenay (2005) et Cazin (2017) insistent néanmoins sur le fait que cette évolution n'a pas entrainé un remplacement d'une forme de gouvernementalité par une autre, mais bien une accumulation de ces trois formes. Ces deux auteurs mettent en évidence que cette coexistence entre plusieurs formes de gouvernementalité place souvent les acteurs du système de santé face à des contradictions. Ainsi, les hôpitaux publics ont l'obligation, depuis 2016, de se regrouper et de coopérer, alors même que le système de financement en MCO continue de les considérer comme des producteurs de soins autonomes et en compétition (Cazin, 2017). Tout en partageant pleinement ce constat, nous voudrions proposer une lecture légèrement différente de cette problématique de l'articulation entre formes de gouvernementalité sanitaire en France. En effet, il nous semble que, sur le long terme, un phénomène d'hybridation entre ces formes de gouvernementalité est observable à travers leur outillage et les paradigmes de l'action publique qui transparaissent dans cet outillage. Loin de nier les difficultés concrètes d'une telle articulation, nous voyons dans ces tentatives d'hybridation le signe que les acteurs du système de santé essayent d'y apporter des solutions.

L'hybridation des formes de gouvernementalité sanitaire en France

Une première hybridation est visible dans l'évolution de *l'outillage de la planification*. En effet, une composante de cet outillage a pris une importance de plus en plus grande dans la planification depuis la suppression de la carte sanitaire. Il s'agit de la contractualisation. Instaurés par l'ordonnance du 24 avril 1996, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les ARH et les établissements de santé ont été conçu comme le vecteur de mise en œuvre des SROS auprès des établissements. Cette architecture contractuelle a ensuite été complétée par la loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009 (Loi HPST, 2009) avec la création des CPOM entre l'État et les ARS. La substitution de l'instrumentation bureaucratique et centralisée qu'incarnait la carte sanitaire par un outillage contractuel à plusieurs niveaux remet en cause le caractère descendant et hiérarchique des rapports entre gouvernants et gouvernés qui caractérise selon Cazin (2017) la planification. La contractualisation est en effet, d'après Osborne (2010), un mécanisme typique du Nouveau Management public et non de l'Administration publique. Le contrat est à l'origine un

instrument de droit privé, par lequel deux parties consentent librement à un accord négocié. En tant que tel, le contrat s'oppose à l'imposition unilatérale de normes par l'administration. La correspondance établie par Cazin (2017) entre planification et Administration publique d'une part, et entre régulation et Nouveau Management public d'autre part, ne semble ainsi pas systématique. En outre, les indicateurs des CPOM conclus entre les ARS et les établissements sont le plus souvent calculés à l'échelle de chaque établissement, et non par discipline ou par service. L'instrumentation actuelle de la planification décline donc par établissement de santé les objectifs déterminés par spécialité médicale pour la région. La planification concerne par conséquent autant les hôpitaux et cliniques qui y sont soumis que les activités médicales devant répondre à des besoins de santé publique. Or, pour Lenay (2005), les établissements de santé constituent l'objet spécifique de la régulation et non de la planification. Enfin, une modification plus récente de l'outillage de la planification élargit également son objet à celui de l'organisation (Lenay, 2005) ou de la stimulation de l'exploration collective (Cazin, 2017), c'est-à-dire à la détermination de trajectoires-types pour les patients ou de parcours de soins. Ce changement a été créé par la Loi de modernisation du système de santé de 2016 (Loi de modernisation de notre système de santé, 2016), qui précise comme suit les domaines sur lesquels doivent en priorité porter les objectifs stratégiques des PRS ainsi que leurs traductions opérationnelles :

> « Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. » (Article 158 portant modification de l'article L1434-2 du Code de la santé publique)

La coordination des prises en charge et l'organisation des parcours de santé apparaissent désormais en complément des objets caractéristiques de la planification depuis son origine, telle que l'égalité d'accès aux soins, leur qualité et leur sécurité (Cazin, 2017; Lenay, 2005). De la même manière, des dispositions législatives récentes ont partiellement fait de l'exploration collective un nouvel objet de la régulation.

Mais, avant d'aborder ces dernières évolutions, il convient de noter tout d'abord que l'*outillage de la régulation*, dont la T2A constitue aujourd'hui l'instrument principal, n'est pas, dans sa construction comme dans son usage, complètement déconnecté de la planification. En effet, l'architecture du PSMI est fondée sur une classification par spécialités médicales. La régulation n'a donc pas pour seul objet initial les structures de production de soins, considérées comme des agents économiques autonomes ; elle vise aussi depuis son origine le type et le niveau des activités hospitalières réalisées à l'échelle nationale en MCO. Aussi, comme nous le verrons pour la chirurgie ambulatoire en section suivante, des priorités de santé publique peuvent-elles venir impacter cette tarification. Le ministère de la Santé peut ainsi décider d'inciter les établissements à développer un type particulier de prise en charge, en attribuant le même tarif de GHS à deux modes de prise en charge présentant des coûts par GHM différents. La mécanique tarifaire croise donc souvent la planification. La T2A a d'ailleurs été mise en place dans le cadre d'un vaste plan d'investissement hospitalier lancé en 2002 et baptisé Plan hôpital 2007, qui fut reconduit ensuite par le Plan hôpital 2012. Si la

logique de ces plans était bien d'assouplir la planification en donnant davantage de responsabilités aux agences régionales et aux directions d'hôpitaux dans l'emploi de leurs ressources, l'examen des dossiers de demande d'aide comprenait une évaluation du retour sur investissement assise sur des prévisions d'activités et de recettes en vue d'éviter des surdimensionnements (IRDES, 2017). La suppression de la carte sanitaire n'a par conséquent pas signifié la fin de l'intervention étatique dans la détermination des capacités d'hospitalisation, mais plutôt un changement des critères retenus pour apprécier ces capacités. Celles-ci ne sont plus évaluées par rapport à la population d'un secteur, mais par rapport à leur rentabilité économique. Comme nous l'avons déjà observé pour les CPOM, l'outillage relevant prioritairement d'une forme de gouvernementalité – ici : la T2A – peut en servir une autre – en l'occurrence : la planification. Ce constat invite à nuancer le rattachement de la T2A à une philosophie de la « boîte noire » (Moisdon, 2012, p. 93). En dépit de son faible effet concret sur les pratiques professionnelles (Moisdon, 2012 ; 2013), la T2A n'en participe pas moins à la planification de leurs conditions d'exercice à l'échelle nationale. Les mécanismes tarifaires peuvent constituer des accélérateurs ou des freins au développement de certaines pratiques. Le dernier Plan Cancer a appelé par exemple à une révision des modes de financement au séjour afin de soutenir le développement de la radiologie interventionnelle et des techniques innovantes de radiothérapie pour lesquelles la tarification au séjour ne semble pas adaptée (Plan Cancer 2014-2019). Bien que la régulation tarifaire ne pénètre que très peu le fonctionnement organisationnel de la boîte noire hospitalière, elle paraît donc pouvoir toutefois contribuer à en déterminer les dimensions et le contenu.

De la même manière, l'appartenance de la T2A au paradigme du Nouveau Management public (Cazin, 2017) ne nous semble pas exclusif. Bien que la T2A ait favorisé l'incorporation d'instruments de gestion issus du secteur privé à l'hôpital (Baly, 2015), sa mise en place marque également une recentralisation de l'allocation de ressources entre les spécialités médicales et les établissements de santé. Comme le mentionne Lenay (2005), la régulation par les points ISA laissait à l'échelon régional, constitué alors par les ARH, une liberté de décisions en matière d'attribution de crédits. Or, cette marge de manœuvre discrétionnaire s'est considérablement réduite avec la T2A, puisque les tarifs de l'ensemble du court séjour sont désormais déterminés à l'échelon national. Si la T2A instaure bien un marché, celui-ci demeure, comme le remarque d'ailleurs Cazin (2017), administré par l'État. Cette administration est centralisée et descendante, puisqu'elle s'impose aux échelons hiérarchiques inférieurs comme aux administrés. La régulation est par conséquent une forme de gouvernementalité du secteur sanitaire qui possède aussi certains traits caractéristiques de l'Administration publique (Hood, 1991; Osborne, 2010).

En outre, une réforme plus récente de son outillage rapproche également la régulation, en tant que forme de gouvernementalité sanitaire, du paradigme de la Nouvelle gouvernance publique. L'article 51 de la LFSS 2018 (Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, 2017) prévoit en effet que des modes de financement dérogatoires aux règles en vigueur de tarification peuvent être expérimentées pendant une durée maximale de cinq ans dans le but de renforcer la coordination des parcours de santé. L'organisation des ces expérimentations emprunte largement au paradigme de la Nouvelle Gouvernance publique, puisqu'elle repose sur la sélection et l'évaluation de projets émanant d'acteurs de terrains – établissements de santé et/ou professionnels de ville. Le ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) peuvent lancer des appels à projet d'envergure

nationale. Toutefois, même dans ce cas, le contenu des projets, soumis à l'examen d'un comité technique, est déterminé par les acteurs de terrain qui souhaitent les porter. En outre, les ARS et les professionnels de santé peuvent eux-aussi soumettre au comité technique des initiatives locales en dehors des appels à projet nationaux. Trois premiers appels à projets nationaux ont été lancés à fin août 2018. Ils concernent : 1. l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée entre ville et hôpital sous forme d'intéressement collectif (CNAMTS, 2018; Appel à manifestation d'intérêt, 2018a) ; 2. l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour quatre trajectoires en chirurgies viscérale, digestive et orthopédique (Appel à manifestation d'intérêt, 2018b) ; et 3. l'expérimentation d'un paiement forfaitaire partiel pour les professionnels de ville exerçant en équipes pluri-professionnelles (Appel à manifestation d'intérêt, 2018c). Ces appels à projets visent tous les trois à créer des aménagements au paiement au séjour ou à l'acte indexés sur le degré de coopération des structures et des professionnels participant à la prise en charge des patients. Certes, ces expérimentations seront limitées tant en nombre d'établissements concernés que dans leur durée. Mais le dispositif prévu pour l'évaluation de la mise en œuvre de ces projets a pour objectif d'analyser le potentiel de généralisation et de pérennisation de ces expérimentations (Conseil stratégique de l'innovation en santé, 2018). L'article 51 de la LFSS 2018 marque donc une double évolution de la régulation en tant que forme de gouvernementalité sanitaire : la régulation est repensée non seulement dans son outillage mais également dans son paradigme. Il ne s'agit plus pour l'État de décréter unilatéralement des méthodes de tarification, mais de les co-construire avec les autres acteurs du système de santé. Ainsi, le caractère exploratoire de la coopération mis en avant par Cazin (2017) vaut désormais aussi en partie pour la régulation.

Au global, l'hybridation entre les trois formes de gouvernementalité sanitaire identifiées par Lenay (2005) et Cazin (2017), déjà perceptible dans leurs outillages initiaux, s'est accentuée au gré des transformations de ceux-ci. Le remplacement de la carte sanitaire par des outils de contractualisation avec les établissements de santé et l'extension récente du périmètre des Projets et Schémas régionaux de santé aux parcours des patients ont rapproché la planification de la régulation et de la coopération. Dans le même temps, la régulation a servi la planification dans le cadre notamment des plans d'investissement hospitaliers, et, plus généralement, à travers la mise en place d'incitations tarifaires répondant à des objectifs de santé publique. En outre, depuis 2018, des dispositifs nouveaux de régulation viennent alimenter la stimulation de l'exploration collective. De la même manière, chaque forme de gouvernementalité peut puiser dans différents paradigmes de l'action publique. Les évolutions récentes de la coopération mises en lumière par Cazin (2017), comme celles de la régulation mentionnées au paragraphe précédent, semble indiquer que la Nouvelle Gouvernance publique se développe aujourd'hui dans le secteur sanitaire. Mais de nombreuses pratiques caractéristiques de l'Administration publique – comme la fixation centralisée des tarifs – ou du Nouveau Management public – comme la contractualisation – demeurent. Cette hybridation de l'outillage et des rationalités de l'action publique ne signifie pas que les incohérences et les contradictions entre les formes de gouvernementalité soulignées par Lenay (2005) et Cazin (2017) ont disparu. Au contraire, cette hybridation est selon nous le signe que les acteurs du système de santé essayent de trouver des solutions au problème persistant de l'articulation entre ces trois formes de gouvernementalité. Ce phénomène d'hybridation des outils et des rationalités invite par conséquent à centrer l'analyse de la gouvernementalité

sanitaire sur ces tentatives d'articulation. C'est ce que nous proposons de faire à l'aide du cadre théorique que nous avons défini au chapitre précédent.

Proposition d'une approche en régimes de gouvernementalité sanitaire

La correspondance entre l'approche de Lenay (2005) et Cazin (2017) en formes de gouvernementalité sanitaire et l'approche en régimes de gouvernementalité sanitaire que nous proposons est résumée dans le tableau 2.1 ci-dessous. Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises au cours du premier chapitre, la notion de régime renvoie à un ensemble d'éléments articulés selon une certaine cohérence (Aggeri, 2005; Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2011; S. K. Vogel, 1996). Cela ne signifie pas toujours que les différentes composantes du régime ne peuvent pas rentrer en contradiction, mais que leur agencement a été pensé selon une logique qui tente de les faire tenir ensemble. Notre examen de l'hybridation des formes de gouvernementalité dans le secteur sanitaire révèle deux points de rencontre des autres dimensions de la gouvernementalité : les rationalités et les outils mobilisés par l'action publique. Comme l'a indiqué Michel Foucault (1978), diverses techniques empruntant à des rationalités distinctes peuvent être assemblées dans un même dispositif gouvernemental. Ce qu'il importe de déterminer est alors la rationalité dominante, c'est-à-dire celle qui donne son sens au dispositif et qui va utiliser les autres rationalités pour servir son fonctionnement. C'est pourquoi le terme de *technologie* occupe une place centrale dans l'étude de la gouvernementalité : la technologie est le point de jonction entre rationalités et outils où s'opère l'articulation de leur pluralité, au profit d'*une rationalité et d'une instrumentation dominantes*. Rationalités et outils se soutiennent mutuellement, dans la mesure où les premières façonnent les seconds, et où les seconds traduisent les premières. Il en résulte que la dimension « opération cognitive dominante et outillage » introduite par Lenay (2005, p. 430) et reprise par Cazin (2017, p. 224) sous le label « outillage » nous apparaît comme une dimension transversale des régimes de gouvernementalité, qui va irriguer et relier leurs autres dimensions. Nous rappelons également que, à la suite de Michel Foucault, nous privilégions le terme de dispositif à celui d'outils, les technologies étant le plus souvent composées d'un arrangement de plusieurs outils formant des dispositifs (Moisdon et al., 1997).

Tableau 2.1 : Correspondance des approches en formes et régimes de gouvernementalité

<table>
<tr><th rowspan="2">Formes de gouvernementalité (Cazin, 2017; Lenay, 2005)</th><th colspan="2">Régimes de gouvernementalité</th></tr>
<tr><th>Processus</th><th>Technologie</th></tr>
<tr><td>Objet de gouvernement</td><td rowspan="2">Objectivation et Subjectivation</td><td rowspan="5">Rationalité dominante et dispositifs de gouvernement</td></tr>
<tr><td>Manière de définir les sujets</td></tr>
<tr><td>Définition de la performance</td><td>Véridiction</td></tr>
<tr><td>Relation gouvernant-gouverné</td><td>Mécanismes de pouvoir</td></tr>
<tr><td colspan="2">Opération cognitive dominante et outillage</td></tr>
</table>

Toujours dans le prolongement de la définition du gouvernement comme « mécanismes et de procédures destinés à conduire les hommes » (Foucault, 1980, p. 14), nous envisageons les autres dimensions de la gouvernementalité comme des *processus*. Par conséquent, la question de l'« objet du gouvernement » et celle de la « manière de définir les sujets » (Cazin, 2017, p. 224 ; Lenay, 2005, p. 430) nous semble relever d'un même processus : celui qui consiste à objectiver les gouvernés selon une certaine rationalité et à l'aide des dispositifs qui découlent de cette rationalité. En effet, pour Michel Foucault (1983b), les objets de gouvernement n'existent pas en soi, en dehors des procédés qui visent à les définir : des objets tels que le fou, le malade ou le délinquant sont constitués par les rationalités gouvernementales et ne leur préexistent pas. La détermination de l'objet de gouvernement n'est donc pas à considérer comme un processus de sélection parmi des objets possibles, mais de création de cet objet. Or, comme le note Lenay (2005, p. 403) : « cette manière de définir les sujets au travers de la forme de gouvernementalité n'est pas nécessairement en phase avec la façon dont ceux-ci se définissent comme sujets, intrinsèquement ou dans le cadre d'une autre forme de gouvernementalité ». Pour cette raison, il nous paraît nécessaire de distinguer analytiquement le *processus d'objectivation* du *processus de subjectivation*, qui, lui, désigne la manière dont le sujet, gouvernant ou gouverné, se définit lui-même. Ces deux processus sont liés, puisque, comme le remarque Michel Foucault (1983b), les processus de subjectivation ont lieu en réaction à ceux d'objectivation. Il n'en demeure pas moins utile de les différencier, ne serait-ce justement que pour comprendre comment ils peuvent s'alimenter l'un et l'autre.

Pareillement, la définition de la performance peut être appréhendée comme le fruit d'un processus visant à dire une vérité sur l'objet de gouvernement, ou par lequel le sujet peut exprimer une vérité sur lui-même. Le calcul de la productivité ou la mesure de la qualité sont ainsi des manières de rendre manifeste une vérité sur le gouverné, qui va permettre de porter un jugement sur lui selon la rationalité dominante du régime. Les établissements productifs vont par exemple pouvoir être dissociés des non-productifs, et des dispositifs spécifiques d'action publique vont être mis en place pour cette dernière catégorie. C'est le cas par exemple du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), institué en 2013 afin d'accompagner les établissements présentant des déséquilibres financiers importants (DGOS, 2013). Ainsi que nous l'avons indiqué dans le premier chapitre, les *processus de véridiction* contribuent donc aux processus d'objectivation et de subjectivation des gouvernés en faisant d'eux des objets et des sujets visibles (Aggeri, 2005; Foucault, 1981). Cette visibilité va rendre possible l'exercice de mécanismes de pouvoir (Foucault, 1963) tout comme l'élaboration de stratégies destinées à combattre ces mécanismes (Foucault, 1983b).

Ce sont en effet dans des relations de pouvoir que va se jouer la confrontation entre l'objectivation des gouvernés par les gouvernants et la subjectivation des gouvernés eux-mêmes (Foucault, 1983b). Les relations de pouvoir ne sont par conséquent pas statiques ; elles sont le lieu d'une dynamique perpétuelle de domination et de réponses à cette domination (Foucault, 1983b). C'est donc là encore d'un processus dont il faut rendre compte, en essayant de comprendre comment le pouvoir s'exerce en accord avec une rationalité gouvernementale donnée (Foucault, 1978). C'est pourquoi nous abordons la « relation gouvernant-gouverné » (Cazin, 2017, p. 224) sous l'angle des *mécanismes de pouvoir*. Nous utilisons le terme de « mécanisme » et non de « technologie » de pouvoir, car, comme nous l'avons explicité précédemment, cette dimension technologique ne concerne pas que

l'exercice du pouvoir mais l'ensemble des processus d'un régime de gouvernementalité. Tout dispositif de gouvernement est en même temps un dispositif de pouvoir, de véridiction et d'objectivation, induisant une subjectivation en retour. Toutefois, chacun de ces ensembles de processus – d'objectivation et de subjectivation, de véridiction, et de pouvoir – possède, comme nous l'avons décrit au premier chapitre, son fonctionnement propre. Tout l'enjeu d'une approche en gouvernementalité réside, nous y avons déjà insisté, dans le fait d'« étudier, sans jamais les réduire les uns aux autres, les rapports entre vérité, pouvoir et sujet » (Foucault, 1984, p. 10). Aussi nous semble-t-il nécessaire de considérer d'abord séparément le fonctionnement de chacun de ces ensembles de processus, afin de pouvoir ensuite analyser comment ils communiquent à travers les dispositifs qu'ils emploient. Comme nous l'avons décrit auparavant, c'est cette technologie, entendue comme un ensemble de dispositifs animés par une rationalité gouvernementale dominante, qui fait le lien entre les différents processus par lesquels le régime opère.

Alors que l'approche en formes de gouvernementalité privilégiait une logique de classification des pratiques de gouvernement dans le champ sanitaire, l'approche en régimes de gouvernementalité est davantage axée sur la problématique de l'articulation entre différents types de pratiques dans un même ensemble de dispositifs mus par une rationalité commune. Aussi *les limites* identifiées par Lenay (2005) et Cazin (2017) pour chacune des formes de gouvernementalité constituent-elles le point de départ de l'approche en régimes. Nous faisons en effet l'hypothèse que la rationalité d'un régime de gouvernementalité nouveau va trouver sa source dans la perception que les acteurs du système de santé ont des limites du régime existant. Par exemple, les évolutions récentes de la planification et de la régulation peuvent être interprétées comme la reconnaissance par les acteurs pilotant le système – principalement : le ministère de la Santé et la CNAMTS – des limites du régime actuel en matière de coordination des soins. De nouveaux dispositifs, tels que le Schéma régional de santé ou l'expérimentation de financement dérogatoires, animés par une même rationalité – renforcer la coordination des soins – sont alors mis en place pour tenter de répondre à ces limites. Se faisant, le paradigme de la Nouvelle Gouvernance publique, fondé sur la coordination de réseaux d'acteurs, étant son champ d'application. Néanmoins, les paradigmes et dispositifs antérieurs n'en disparaissent pas pour autant. L'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée entre ville et hôpital conduite dans le cadre de l'article 51 recherche ainsi explicitement l'obtention de gains d'efficience (CNAMTS, 2018; Appel à manifestation d'intérêt, 2018a). La question de la productivité n'est donc pas effacée par celle de la coordination. Elle lui est subordonnée, l'amélioration de la productivité n'étant plus considérée comme une fin en soi, mais comme devant servir une autre fin implicitement posée comme supérieure : le renforcement de la coordination. Aussi les dispositifs nés d'une autre rationalité dominante, comme la T2A, sont-ils réorientés dans un sens nouveau. Cependant, ces tentatives de mise en adéquation de dispositifs à l'aune d'une même rationalité ne garantissent pas une articulation totale entre les formes de gouvernementalité. Pour ne garder que ce seul exemple, les expérimentations de l'article 51 n'invalident pas les conclusions de Cazin (2017) sur le fait que le paiement au seul séjour, qui demeure aujourd'hui la règle de financement de droit commun en MCO, peut entraver le développement des coopérations entre établissements de santé. Par conséquent, bien qu'elle ne décrive pas les limites intrinsèques à chaque forme de gouvernementalité, l'approche en

régimes doit néanmoins rendre compte des apports et des limites de ces régimes en matière d'articulation entre ces formes.

En outre, il n'est jamais certain que les dispositifs mis en œuvre par les régimes de gouvernementalité produisent *les effets* escomptés par la rationalité gouvernementale qui les ordonne. Concernant la T2A toujours, Moisdon (2012 ; 2013) souligne l'absence de preuve empirique des effets de ce dispositif sur la productivité hospitalière. Le dévoilement de la rationalité d'un régime de gouvernementalité perceptible à travers l'agencement de ses dispositifs, et le décryptage du fonctionnement des processus que ces dispositifs déclenchent, ne sont que des étapes dans un questionnement de recherche visant au final la compréhension des effets de l'action publique. Nous soutenons toutefois que ces étapes sont nécessaires. Pour ramener notre raisonnement à une image triviale, il nous semble que la seule observation des effets pondéraux d'un régime alimentaire particulier ne permettrait pas d'expliquer comment ce régime peut agir sur la masse corporelle des personnes qui le pratiquent. Quand bien même ce régime s'avérerait efficace, cette observation ne suffirait pas pour savoir si cette efficacité est le produit d'une rationalité pertinente ou la conséquence d'effets inattendus des dispositifs du régime [7]. Comprendre les effets du régime impliquerait de rentrer d'abord dans l'identification des processus physiologiques que les dispositifs du régime activent, pour ensuite mesurer les effets de ces processus sur la masse corporelle des personnes qui l'expérimentent. Seulement alors pourrions-nous dire si la rationalité du régime, c'est-à-dire la manière dont les dispositifs du régime sont pensés en vue d'une finalité – la perte ou le gain de masse – est pertinente ou non. C'est pourquoi l'analyse des effets des régimes de gouvernementalité doit selon nous, de la même manière, s'attacher dans un premier temps à rendre compte de la rationalité du régime telle qu'elle transparait dans ses dispositifs et des processus que ces dispositifs mettent en mouvement.

En conclusion, dans cette section nous avons resitué notre approche en régimes de gouvernementalité par rapport aux travaux antérieurs du CGS sur la gouvernementalité du secteur sanitaire français. Ces travaux ont permis d'identifier trois formes de gouvernementalité de ce secteur – la planification, la régulation, et l'organisation ou la stimulation de l'exploration collective – et de soulever les difficultés posées par leur articulation. Après avoir décrit les caractéristiques de chacune d'elles, nous avons mis en évidence un phénomène d'hybridation des rationalités et des outils mobilisés par ces formes de gouvernementalité. Selon nous, cette hybridation reflète des tentatives de mise en cohérence des ces formes de gouvernementalité par les acteurs du système de santé français. Notre approche des régimes de gouvernementalité propose une manière d'appréhender ces tentatives, en partant de l'analyse de la rationalité élaborée par les acteurs pour répondre aux limites qu'ils perçoivent des dispositifs existants, et en se focalisant sur les processus que déclenchent les dispositifs nouveaux mis en place par ces acteurs. Cette description des régimes de gouvernementalité nous semble être un préalable indispensable à la compréhension de leurs effets. Cette approche en régime de gouvernementalité suit l'ordre du questionnement de recherche que nous avons posé en introduction générale. Celui-ci appelle

[7] Ce problème est différent de celui des effets aléatoires, traité par les méthodes usuelles d'évaluation des politiques publiques. La question posée ici n'est pas seulement de savoir si le régime a ou non un effet, mais de savoir si les dispositifs du régime fonctionnent bien comme anticipé ou d'une autre manière. En somme, il s'agit d'isoler le principe actif du régime, avant d'en mesurer l'efficacité.

tout d'abord à trouver des explications aux transformations récentes de la régulation hospitalière (QR1), entendue au sens large de production, de mise en exécution et de contrôle d'application de règles (Levi-Faur, 2011) concernant les hôpitaux, et non en tant que forme de gouvernementalité particulière du secteur sanitaire. La compréhension des changements de rationalité gouvernementale induits par les jugements que les acteurs portent sur les dispositifs existants de régulation – dans ce sens large – nous semble à même d'apporter des éléments de réponse à cette première question. L'examen des processus déclenchés par les dispositifs de régulation nés de ce changement de rationalité peut ensuite éclairer le fonctionnement de ces dispositifs, qui est l'objet de notre deuxième question de recherche (QR2). Enfin, l'analyse des effets de ces processus sur les organisations régulées et régulatrices renvoie à notre troisième question de recherche (QR3). En cohérence avec la qualification instrumentale de notre approche, les dispositifs d'action publique constituent le fil conducteur de notre démarche. En outre, notre questionnement de recherche vise un type spécifique de dispositifs d'action publique : les dispositifs de régulation souple intermédiée. Aussi, avant d'identifier le régime de gouvernementalité du secteur sanitaire français auxquels ces dispositifs ont participé[8], est-il nécessaire de les décrire.

Section 2 : Les dispositifs de gouvernement du Plan triennal 2015-2017

L'année 2015 a vu la naissance d'une forme de planification inédite dans le secteur sanitaire français. D'abord annoncé par la ministre de la Santé comme un plan d'économies (Communiqué de presse du ministère de la Santé du 3 mars 2015), le Plan triennal prendra ensuite la forme d'un Plan national de gestion du risque financier et d'efficience du système de soins (2016), pour être finalement décrit dans la documentation de l'ANAP comme un plan d'évolution structurelle du système de santé (ANAP, 2017). L'absence d'une dénomination fixe du Plan, en dehors de celle liée à sa durée, révèle une certaine difficulté des acteurs du système de santé à qualifier cet ensemble nouveau de dispositifs. Comme nous le verrons, cet ensemble inclut des dispositifs préexistants de planification et de régulation – au sens de Lenay (2005) et Cazin (2017). Mais il comprend également une série de dispositifs originaux, présentant certaines des caractéristiques de la stimulation de l'exploration collective. Le Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé peut par conséquent être considéré comme une des tentatives récentes d'articulation entre les trois formes de gouvernementalité du secteur sanitaire que nous avons présentées en section précédente. Cette tentative est un terrain particulièrement intéressant au regard de notre questionnement de recherche, dans la mesure où l'une des solutions qui y a été testée a précisément consisté à mettre en place une régulation souple intermédiée pour une partie du Plan. Nous exposons donc d'abord l'articulation entre formes de gouvernementalité sanitaire propre au Plan triennal. Puis nous analysons la gouvernance spécifique du Plan en tant que régime de régulation (Levi-Faur, 2011), afin d'isoler le périmètre d'action publique sur lequel se sont appliqués des dispositifs de régulation souple intermédiée. Nous examinerons ensuite plus en détail la composante de

[8] Cette identification étant le premier résultat de notre recherche, elle sera présentée dans le premier chapitre de la seconde partie.

cette gouvernance visée par notre questionnement de recherche : les actions de l'ANAP en tant qu'intermédiaire de régulation.

Une tentative innovante d'articulation des trois formes de gouvernementalité sanitaire

Le terme de « plan » évoque en premier lieu la planification. De fait, le Plan triennal a mobilisé certains des outils de la planification sanitaire que nous avons précédemment décrits. Mais il convient de noter, avant toute autre chose, que ce plan sanitaire s'est inscrit dans une planification dépassant ce seul secteur. Le communiqué de presse du ministère de la Santé relatif au Plan triennal, en date du 3 mars 2015, précisait d'amblée le cadre général dans lequel ce Plan se situait. Il s'agissait du *Pacte de responsabilité et de solidarité* annoncé par le Président de la République française le 31 décembre 2013. Ce Pacte prévoyait un allégement de charges de 10 milliards d'euros en faveur des entreprises françaises, afin d'accroitre leur compétitivité vis-à-vis de leurs concurrents européens par un abaissement du coût du travail. Ce Pacte était lui-même la résultante de la procédure pour déficit excessif initiée à l'encontre de la France par la Commission européenne en 2009 en application de l'article 126 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Cette procédure peut être déclenchée contre les pays de la Zone euro qui ne respectent pas les deux critères d'équilibre des finances publiques définis par le Pacte de stabilité et de croissance adopté en juin 1997 par le Conseil européen, c'est-à-dire : 1. un déficit budgétaire inférieur à 3 % du produit intérieur brut (PIB) ; et 2. une dette publique inférieure à 60 % du PIB. Chaque pays concerné par cette procédure doit présenter aux instances de l'Union européenne un plan de mesures correctives destinées à ramener ces deux indicateurs macro-économiques en-deçà des niveaux requis. Le Pacte de responsabilité et de solidarité indiquait le plan de mesures correctives envisagées par la France en avril 2014. Par ce Pacte de responsabilité et de solidarité, la France s'engageait vis-à-vis de ses partenaires européens à une économie globale de 50 milliards d'euros sur l'ensemble des budgets publics nationaux, dont 10 milliards concernaient les dépenses d'assurance maladie. La logique du Pacte était donc de contribuer à la réduction des déficits publics par une économie budgétaire restituée aux entreprises nationales sous forme d'allégement de charges, dans l'espoir que cet allégement contribuerait à une relance de la croissance du PIB. Le Plan triennal constituait par conséquent le volet sanitaire d'un plan national d'économies plus vaste, conduit en réponse aux mécanismes de surveillance budgétaire planifiés à l'échelon européen.

Le Plan triennal s'est articulé autour de *quatre axes stratégiques*, qui furent présentés par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) du ministère de la Santé aux personnes responsables de la mise en œuvre du Plan dans les ARS lors d'un séminaire organisé par l'ANAP le 18 mars 2015. Ces axes étaient énumérés et intitulés comme suit : 1. « efficacité de la dépense hospitalière » ; 2. « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » ; 3. « produits de santé et promotion des génériques » ; et 4. « pertinence et bon usage des soins ». Chacun de ces axes était décliné en trois programmes. Le premier axe, relatif à l'efficacité de la dépense hospitalière, incluait les programmes suivants : 1. l'optimisation des dépenses des établissements de santé, notamment à travers les regroupements en GHT ; 2. l'optimisation des achats ; et 3. la gestion des médicaments financés en sus des séjours. Le

second axe, portant sur le virage ambulatoire et l'adéquation de la prise en charge en établissement, comprenait : 1. le développement de la chirurgie ambulatoire ; 2. l'orientation et la prise en charge des patients ; et 3. l'efficience des établissements médico-sociaux. Le troisième axe, concernant les produits de santé, se référait à : 1. la baisse du prix des médicaments ; 2. la baisse du prix des dispositifs médicaux ; et 3. des actions de promotion des médicaments génériques et biosimilaires. Enfin, l'axe « pertinence et bon usage des soins » touchait à : 1. la qualité de la prescription médicamenteuse ; 2. l'ajustement des tarifs de certains actes réalisés en ville ; et 3. le déploiement de bonnes pratiques de prescriptions, en matière d'examens notamment. À chacun de ces programmes était associé un moment prévisionnel d'économies. La somme de ces économies était égale à l'objectif global de 10 milliards d'euros.

Néanmoins, ces économies n'étaient pas calculées par rapport au total des dépenses annuelles d'assurance maladie avant le commencement du Plan – c'est-à-dire par rapport aux dépenses de l'exercice budgétaire 2014 – mais par rapport à une tendance d'évolution anticipée pour les années de réalisation du Plan. Cette tendance, estimée à partir des augmentations passées de dépenses d'assurance maladie, prévoyait un accroissement de 3,8 % par an de ces dépenses. Les économies attendues du Plan devaient permettre de contenir cette progression annuelle à 2 %. Les 10 milliards d'euros d'économies ne représentaient donc pas une baisse du budget de l'Assurance Maladie, mais à une division, quasiment par deux, de son rythme de croissance annuelle par rapport à celui observé dans les années antérieures. Ces économies correspondaient ainsi à des coûts évités pour l'Assurance Maladie. Cette modalité de calcul des économies par prévisions budgétaires a directement impacté la mécanique de régulation tarifaire du secteur hospitalier. En effet, puisque l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté chaque année par le parlement dans le cadre de la LFSS, ne pouvait croître que de 2 % par an, la part de cet ONDAM consacrée au financement des séjours de MCO devait également ralentir sa progression annuelle. Or, comme nous l'avons mentionné en section précédente, l'objectif national de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (ONDMCO) est le socle budgétaire à partir duquel sont calculés les tarifs des GHS. De ce point de vue, le Plan triennal a par conséquent induit *une mise en planification de la régulation tarifaire* appliquée à l'hôpital.

Outre cette mobilisation de l'instrument tarifaire, le Plan triennal s'est également mis en œuvre à travers le dispositif de planification sanitaire que sont les CPOM. Les objectifs de chaque programme du Plan ont ainsi été contractualisés au cours de l'année 2015, d'abord entre l'État et les ARS – via les CPOM État-Région – puis entre les ARS et les établissements de leur territoire – via les CPOM ARS-établissements. Deux particularités de l'usage de la contractualisation dans le cadre du Plan triennal sont cependant à noter. Premièrement, certains programmes du Plan ont fait l'objet d'une *contractualisation fortement administrée* par le ministère de la Santé. Ainsi par exemple, le programme de développement de la chirurgie ambulatoire a donné lieu à la publication d'une instruction ministérielle (DGOS, 2015) fixant les objectifs nationaux et régionaux à atteindre. Or, comme nous l'avons précédemment remarqué, les CPOM sont nés dans une logique de responsabilisation et de décentralisation inspirée du Nouveau Management public. Sans remettre en cause le principe de responsabilisation dans l'atteinte des objectifs, la détermination centralisée et unilatérale de cibles semble contraire à la notion de contrat, qui suppose un accord mutuel négocié.

L'imposition de cibles par l'État renvoie ainsi davantage au paradigme de l'Administration publique traditionnelle qu'à celui du Nouveau Management public.

Deuxièmement, le Plan triennal a été une première tentative d'articulation de l'architecture contractuelle de la planification hospitalière avec celle de *la gestion du risque maladie*. Introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996 (Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, 1996), la notion de gestion du risque maladie comprend l'ensemble des mesures destinées à assurer une couverture financière du risque que représente la maladie pour la population française. La gestion du risque vise à la fois l'efficience du système de soins, la promotion de la prévention et le respect de la qualité des soins (IGAS, 2014). La loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 (Loi HPST, 2009) dispose que la gestion du risque maladie doit être assurée conjointement par les ARS et les principales caisses régionales d'assurance maladie, au sein d'une commission régionale de gestion du risque. Or, depuis 1996, la gestion du risque est fondée sur une architecture contractuelle différente de celle des CPOM conclus par les ARS. L'État signe tous les quatre ans avec les principales caisses d'assurance maladie des conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui déterminent, entre autres objectifs de santé publique, les objectifs à suivre en matière de gestion du risque maladie. Ces COG sont ensuite déclinées en contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre chaque caisse nationale et ses caisses locales. Le Plan triennal a, pour la première fois, proposé des indicateurs, des objectifs et un calendrier de suivi communs entre les CPG et les CPOM. Cette articulation était rendue nécessaire par le fait que certains programmes, tels que le virage ambulatoire ou les prescriptions médicamenteuses à l'hôpital, relevaient à la fois de la compétence des ARS et de celle des caisses d'assurance maladie.

En outre, cette volonté d'une meilleure coordination entre les ARS et l'Assurance Maladie a été renforcée par la mise en place d'un nouveau type d'outil : les plans d'actions régionaux partagés. Rédigés entre mars et juin 2015, ces documents précisaient les personnes responsables de la mise en œuvre de chaque programme du Plan dans chaque ARS et dans chaque Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). En sus de rappeler les indicateurs contractuels issus des CPOM et des CPG ainsi que leurs cibles par année, ces plans d'actions comportaient des fiches actions que les responsables de programmes des deux organismes devaient remplir et valider conjointement. Le ministère de la Santé a fourni un modèle type de plan d'actions dans son kit de déploiement du Plan triennal à destination des ARS et des CRAM. Si ces plans d'actions régionaux partagées peuvent être perçus comme des dispositifs issus de la gestion de projet pratiquée dans le secteur privé, s'apparentant donc au paradigme du Nouveau Management public, ils révèlent aussi un autre rôle de l'État, plus conforme aux principes de la Nouvelle Gouvernance publique : celui d'*animateur d'un réseau d'acteurs*. En effet, le ministère de la Santé n'a pas prescrit le contenu à donner aux fiches actions. Le format de plan d'actions a davantage été diffusé en tant que support de la coordination entre les ARS et les CRAM pour la mise en œuvre concrète du Plan triennal, en leur laissant le soin d'en définir elles-mêmes le contenu opérationnel.

Cependant, cette recherche de coordination des acteurs a très peu été étendue par le Plan triennal à la coopération entre offreurs de soins. Certes, les GHT ont été intégrées comme l'un des volets du Plan. Mais les limites de ce dispositif en matière de coopération ont été déjà démontrées par Cazin (2017). En outre, le virage ambulatoire a été traité, dans le cadre du Plan triennal, comme une problématique avant tout intra-hospitalière. La diapositive de présentation de l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en

établissement » projetée lors du séminaire du 18 mars 2015 résume comment cet axe a été conçu par le ministère de la Santé. Le virage ambulatoire y est décrit comme l'une des manières d'éviter que les économies réalisées par l'Assurance Maladie à travers une moindre augmentation des tarifs n'induisent un accroissement des déficits hospitaliers. En sus d'améliorer la qualité des soins, il était attendu du virage ambulatoire qu'il permette de libérer des lits d'hospitalisation. Cette diminution des capacités d'hébergement des établissements devait conduire à une mutualisation des unités et des équipes, et donc à une maîtrise de la masse salariale des établissements de santé. Par conséquent, le virage ambulatoire a surtout été envisagé, au lancement du Plan triennal, comme *un enjeu de transformation interne à l'hôpital* devant générer une économie estimée à un milliard d'euros pour les établissements de santé – soit un dixième des économies totales du Plan. En plus de la question de la pertinence des actes, cet enjeu regroupait plus spécifiquement le développement de neuf types de prise en charge : 1. la chirurgie ambulatoire ; 2. l'hôpital de jour en médecine ; 3. l'hospitalisation à domicile (HAD) ; 4. le Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, de broncho-pneumopathie chronique obstructive, ou de plaies chroniques ; 5. le traitement de l'insuffisance rénale chronique ; 6. le PRADO maternité ; 7. le PRADO orthopédie ; 8. les modes de prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) ; et 9. les modes de prise en charge en psychiatrie. Néanmoins, l'optimisation des capacités d'hébergement concernait principalement la chirurgie et la médecine. Si le Plan triennal désignait donc bien, à travers le programme du virage ambulatoire, certaines trajectoires-types de patients comme objet de gouvernement, ces trajectoires étaient limitées aux soins hospitaliers. L'objet premier visé par le Plan demeurait l'hôpital, en tant que producteur de soins responsable de son équilibre financier.

En résumé, l'articulation spécifique des formes de gouvernementalité sanitaire expérimentée par le Plan triennal a consisté à développer *un type nouveau de planification stratégique* orientée vers la maîtrise des dépenses de santé pendant une durée donnée et relativement courte. Cette construction particulière s'explique par son enchevêtrement dans une planification qui dépasse le seul secteur de la santé et qui résulte des engagements budgétaires de la France vis-à-vis des ses partenaires européens. Cette structuration de la planification en axes stratégiques a entraîné une planification de la régulation tarifaire, qui procédait jusqu'alors par ajustements annuels des tarifs. Cette planification stratégique a également impacté les dispositifs contractuels préexistants de planification sanitaire, en administrant en partie leur contenu – sur la chirurgie ambulatoire – et en coordonnant ces dispositifs avec ceux de la gestion du risque maladie. L'outillage de déploiement du Plan en région révèle en outre un positionnement de l'État comme animateur du réseau de ses services déconcentrés – les ARS – en lien avec le réseau régional de l'Assurance Maladie. La coopération exploratoire ne semble cependant pas être allé, dans le cadre du Plan triennal, en-deçà de cet échelon régional, puisque l'hôpital y était toujours considéré essentiellement comme un producteur de soins autonome. Or, les évolutions de la régulation tarifaire plaçaient ces producteurs devant des enjeux de transformation organisationnelle à relativement court terme. Afin d'aider les établissements de santé à faire face à ces enjeux, des dispositifs inédits d'accompagnement ont été mis en place pour le Plan triennal. Ils ont constitué la partie souple et intermédiée de la gouvernance du Plan.

Une gouvernance partiellement souple et intermédiée de la régulation sanitaire

Afin d'isoler la partie de la gouvernance du Plan triennal qui a relevé de la régulation souple intermédiée, nous allons utiliser le cadre d'analyse de la gouvernance des régimes de régulation élaboré par Levi-Faur (2011), que nous avons présenté au chapitre précédent. Pour rappel, ce cadre propose d'examiner d'abord qui régule. Nous l'avons vu, le Plan triennal a été initié par le ministère de la Santé, et plus précisément par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) de ce ministère. La DSS est en charge de la tutelle de organismes de sécurité sociale français. À ce titre, elle assure le pilotage global de l'ONDAM. Néanmoins, la DSS a progressivement associé au pilotage et à la mise en œuvre du Plan un ensemble d'autres acteurs, qui ont formé une chaine de régulation (Havinga et Verbruggen, 2017). Trois instances de pilotage du Plan ont ainsi été mises en place. Leur composition et rôles respectifs sont décrits dans le tableau 2.2 ci-dessous.

Tableau 2.2 : Les instances de pilotage du Plan triennal

Instance	**Composition**	**Rôle**
Comité de pilotage ONDAM	DSS, DGOS[i], CNAMTS, SG[ii], DB[iii], ANAP	Prend les décisions stratégiques relatives à l'ONDAM
Comité technique ONDAM	DSS, DGOS[i], CNAMTS, SG[ii], ANAP	Assure le suivi du Plan au niveau national
Comité de déploiement	DSS, DGOS[i], CNAMTS, SG[ii], ANAP, Directeurs généraux d'ARS et Directeur coordonnateur de la gestion du risque de six régions	Coordonne le déploiement du Plan dans les régions

[i] Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé

[ii] Secrétariat général du ministère de la Santé

[iii] Direction du budget du ministère de l'Économie et des Finances

Source : Présentation générale du Plan triennal, ministère de la Santé. Diapositive n°17 projetée lors du séminaire de lancement auprès des ARS le 18 mars 2015.

L'inscription du Plan dans les objectifs du Pacte de responsabilité et de solidarité s'est traduite par la participation de la Direction du budget du ministère de l'Économie et des Finances dans le pilotage stratégique du Plan. En outre, deux autres services du ministère de la Santé étaient impliqués dans l'ensemble des instances de pilotage du Plan : 1. la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé (DGOS), qui a pour mission de gérer l'offre de soins à l'échelle nationale ; et 2. le Secrétariat général (SG) du ministère de la Santé, qui assure notamment la coordination des services déconcentrés du ministère que sont les ARS. Le Comité de déploiement incluait également six directeurs généraux représentant les ARS, ainsi que six directeurs coordonnateur de la gestion du risque portant la voix du réseau régional de l'Assurance Maladie. En sus de ces instances de pilotage nationales, un membre du Comité exécutif (COMEX) de chaque ARS a été nommé Directeur stratégique du Plan dans chaque région, en binôme avec le directeurs coordonnateur de la gestion du risque

de sa région. Des responsables opérationnels du plan (ROP), en charge de sa mise en œuvre régionale, ont également été désignés dans chaque ARS et dans chaque CRAM. Ces binômes ARS-CRAM ont été réunis tous les trimestres en séminaires, du 18 mars 2015 au 1er février 2018. Ces séminaires étaient co-organisés par les directions du ministère de la Santé précitées, la CNAMTS et l'ANAP. L'architecture globale du pilotage du Plan triennal révèle donc une *régulation multi-niveau* composée d'un groupe de régulateurs primaires – des directions d'administration centrale et la CNAMTS – et d'un double réseau de régulateurs secondaires – les ARS et les CRAM.

Nous reviendrons plus en détail sur les différentes actions menées par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal à la fin de cette section. Néanmoins, sa présence dans les instances de pilotage du Plan appelle dès à présent à quelques précisions sur son rôle, afin de pouvoir la situer comme co-régulateur ou comme tierce partie dans la régulation. Le rapport de bilan rédigé par l'ANAP en novembre 2017 (ANAP, 2017) précise que l'ANAP a fourni un appui à trois niveaux de pilotage du Plan triennal : 1. au niveau national, auprès des directions du ministère de la Santé co-pilotant le Plan et de la CNAMTS ; 2. au niveau régional, auprès des ROP ; et 3. au niveau des établissements de santé, en accompagnant 196 établissements sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement »[9]. Sur ce périmètre, l'appui de l'ANAP aux différents niveaux a été de deux natures. Il s'est agit d'une part d'un appui méthodologique consistant à assister les responsables du Plan à chaque niveau – nation, région et établissement – dans la conception des modalités de mise en œuvre du Plan, dans la mise en place d'un dispositif de suivi des réalisations et des résultats, et dans la conduite du changement que ces responsables devaient porter. D'autre part, l'ANAP a fourni une expertise thématique – propre ou externalisée – sur les différents processus opérationnels impactés par le virage ambulatoire. À aucun moment ni à aucun niveau l'ANAP n'est par conséquent intervenue dans la définition des objectifs du Plan. Tout au plus a-t-elle mis à la disposition des responsables des outils de chiffrage pouvant les aider à fixer ces objectifs. En revanche, l'ANAP semble bien avoir été sollicitée d'une part pour ses capacités opérationnelles et de mobilisation d'expertises techniques, et d'autre par pour des fonctions d'assistance à la mise en œuvre, au contrôle d'exécution et à l'évaluation du Plan.

Sous réserve de l'examen plus approfondi de son rôle, nous pouvons donc d'ores et déjà remarquer que l'ANAP semble présenter certaines des capacités – opérationnelles et d'expertise notamment – et fonctions – d'accompagnement à la mise en œuvre et de participation à l'évaluation – des intermédiaires de régulation identifiées dans le modèle RIT (K. W. Abbott et al., 2017c), qu'elle n'a pas directement participé à la détermination des règles édictées dans le Plan triennal, mais qu'elle a interagi tant avec les régulateurs – primaires et secondaires – qu'avec des établissements de santé régulés. Toutefois, son action n'a concerné que l'un des axes du Plan triennal et non son ensemble. Le Plan triennal offre ainsi un cas de *régulation tripartite partielle*. Nous explorerons, dans le quatrième chapitre, les raisons pouvant expliquer le recours à une tierce partie sur ce périmètre particulier du Plan. Cette caractéristique de la gouvernance du Plan triennal a néanmoins une conséquence immédiate sur le champ de notre étude. Puisque nous nous intéressons spécifiquement aux formes intermédiées de régulation, nous limiterons le reste de notre analyse au seul axe

[9] Cet accompagnement n'a concerné que des établissements de santé, l'ANAP n'ayant pas été missionnée auprès d'établissements médico-sociaux dans le cadre du Plan triennal.

« virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal, pour lequel une régulation tripartite a été mise en place.

Poursuivant l'application de la grille d'analyse de la gouvernance des régimes de régulation (Levi-Faur, 2011) sur ce périmètre, nous devons maintenant analyser ce qui a été régulé à travers l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en établissement » du Plan triennal. Comme sur l'ensemble du Plan triennal, la régulation a en premier lieu porté sur *le coût des services produits* par les établissements, puisque l'objectif premier du Plan était de restreindre l'augmentation des dépenses de santé à 2 % par an. Il convient toutefois de préciser que le Plan triennal a visé uniquement le niveau des tarifs des séjours hospitaliers, et non les règles de tarification. Sur ce dernier aspect, le Plan triennal a laissé inchangés les dispositifs de tarification préexistants, en dépit de leur caractère différemment incitatif en chirurgie et en médecine. En effet, alors que la chirurgie ambulatoire faisait l'objet depuis plusieurs années d'un mécanisme de tarification incitative, les règles de tarification applicables à la médecine de jour étaient jugées désincitatives par les établissements de santé (IGF-IGAS, 2016). Pour comprendre cette différence en termes d'incitation entre les deux dispositifs tarifaires, il est nécessaire de les décrire tous deux brièvement. Le mécanisme du tarif unique, employé en chirurgie, consiste, pour un GHM donné, à appliquer le même tarif à un séjour réalisé en ambulatoire et à un séjour de niveau de sévérité 1[10] réalisé avec un hébergement d'au moins une nuit. Le coût du séjour avec hébergement étant supérieur à celui du séjour ambulatoire, les établissements sont incités par ce mécanisme à prendre en charge en ambulatoire les patients ne présentant pas de facteurs de complexité. Initiée en 2007 pour un petit nombre de GHM, ce mécanisme a été généralisé à l'ensemble des GHM chirurgicaux en 2014 (IGF-IGAS, 2014). Les règles de tarification des hôpitaux de jour médicaux, ont, quant à elles, été définies par deux instructions ministérielles successives dénommées « circulaires frontières », en date du 31 août 2006 (DHOS, 2006) et du 15 juin 2010 (DGOS, 2010). Ces instructions précisent les conditions de prise en charge ouvrant droit à la facturation d'un GHS en hôpital de jour médical. Si l'une de ces conditions n'est pas remplie, la nomenclature de facturation applicable devient alors celles des actes et consultations externes de ville. Cette dernière nomenclature ne couvrant pas les coûts d'une prise en charge hospitalière, et suite à la fréquence des contrôles de facturation exercés par l'Assurance Maladie, le nombre total de séjours médicaux sans nuitée a chuté de 4,5 millions en 2006 à 3,5 millions en 2009, pour ne reprendre qu'une très lente progression qu'à partir de 2011 (IGF-IGAS, 2016). La parution de la première circulaire frontière a ainsi brisé la dynamique de progression de la médecine de jour en 2006, que les modifications apportées par la circulaire de 2010 n'ont pas suffi à rétablir. Le Plan triennal, en dépit de l'inclusion des hôpitaux de jour médicaux dans l'axe du virage ambulatoire, n'a pas revu ces dispositions.

En complément de cette régulation du coût, le Plan triennal a mis en place une *régulation de la performance* des établissements de santé sur le virage ambulatoire. Cette régulation de la performance s'est traduite par l'inscription dans les CPOM d'objectifs liés au virage ambulatoire, et définis à l'aide d'indicateurs et de cibles. Là encore cependant, une différence

[10] Depuis 2009, la classification en GHM présente quatre niveaux de sévérité. Ces niveaux sont déterminés par deux facteurs : 1. la survenue ou l'absence de complication durant le traitement du patient ; et 2. la comorbitité, c'est-à-dire l'ensemble des maladies dont le patient souffre et qui peuvent avoir un effet sur le traitement qu'il reçoit. Le niveau de sévérité 1 correspond au niveau le plus faible, et signale un séjour sans complication ni morbidité associées.

est observable entre la chirurgie et la médecine. Alors qu'en chirurgie, une circulaire a précisé les modes de calcul du taux de chirurgie ambulatoire – ci-après noté TA – ainsi que les cibles à atteindre nationalement et par région (DGOS, 2015), il n'y a pas eu d'équivalent en médecine. Néanmoins, l'ANAP, dans son suivi des indicateurs de résultats du virage ambulatoire pour le Plan triennal, a intégré un indicateur similaire au taux de chirurgie ambulatoire pour la médecine. En effet, le taux de chirurgie ambulatoire donne le pourcentage des séjours chirurgicaux réalisés en ambulatoire, c'est-à-dire sans nuitée. Sur ce modèle, l'ANAP a construit un taux d'ambulatoire – également noté TA – pour la médecine, indiquant le pourcentage de séjours en zéro nuit dans ce secteur.

En outre, l'ANAP suivait quatre autres indicateurs, relatifs à l'adaptation des capacités d'hébergement. Est considéré comme hébergé à l'hôpital un patient y séjournant au moins un nuit. Ces quatre indicateurs ne concernaient donc que les séjours d'au moins une nuit. Ces indicateurs étaient la durée moyenne de séjour (DMS) et l'indice de performance de la DMS (IP-DMS), ainsi que les taux d'occupation (TO) et d'utilisation (TU) des lits. La DMS est obtenue en divisant le nombre de journées d'hospitalisation réalisées dans une ou plusieurs unité(s) par le nombre de séjours produits par cette ou ces unité(s). Elle donne par conséquent le temps moyen passé dans cette ou ces unité(s) par un patient y ayant séjourné au moins une nuit. L'IP-DMS rapporte la DMS de l'établissement à la DMS nationale des séjours de son case-mix. Un IP-DMS supérieur à 1 indique par conséquent que l'établissement héberge ses patients plus longtemps que la moyenne nationale, et inversement. Le Taux d'occupation (TO) des lits est quant à lui calculé en divisant le nombre de journées d'hospitalisation réalisées dans une ou plusieurs unité(s) par le nombre de journées-lits exploitables par cette ou de ces unité(s)[11]. Le TO fournit donc une vision de l'occupation des capacités d'hébergement d'une ou de plusieurs unité(s), quels qu'aient été les motifs d'hospitalisation des patients qu'elle a hébergé. Le TU, en revanche, mesure l'adéquation entre les journées d'hospitalisation relevant médicalement d'un secteur – médecine ou chirurgie par exemple – et les capacités d'hébergement normalement dédiées à ce secteur. Ainsi, les journées d'hospitalisation d'un patient affecté dans un GHM de médecine mais hébergé en chirurgie vont compter pour le TO de chirurgie mais pour le TU de médecine.

Bien qu'aucune cible n'ait été définie nationalement pour les autres indicateurs que le taux de chirurgie ambulatoire, certaines ont pu l'être dans les CPOM signés entre les ARS et les établissements. En outre, l'ANAP utilisait des valeurs de références sur trois des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine : le TA, la DMS et le TU. Ces valeurs pour l'année 2016, ainsi que leurs méthodes de fixation, sont précisés dans le tableau 2.3 ci-après. L'ANAP présentait régulièrement aux instances nationales et régionales de pilotage du Plan un état de la progression des établissements qu'elle accompagnait sur ces indicateurs, en les classant anonymement par tranches[12].

[11] Le nombre de journées-lits exploitables pour une période et une unité données est le produit du nombre de lits par le nombre de jours d'ouverture de ces lits sur la période, c'est-à-dire le nombre de jours où un patient peut être accueilli dans ces lits. Soit par exemple : une unité comportant 30 lits pouvant accueillir des patients 320 jours par an ; le nombre de journées-lits exploitables par cette unité par an est de : 30 x 320 = 9 600.

[12] Les graphiques montraient ainsi par exemple l'évolution du pourcentage d'établissements accompagnés ayant un niveau de DMS chirurgicale inférieur à 3 jours ou supérieur ou à 7 jours, avec deux tranches intermédiaires de 3 à 5 jours et de 5 à 7 jours.

Tableau 2.3 : Valeurs de référence utilisées par l'ANAP pour le virage ambulatoire en 2016

Indicateurs	Chirurgie	Médecine
TA	54,7 %*	28,78 %***
DMS	5,14 **	5,67 **
TU	94 %***	90 %***

Méthodes de fixation :
** circulaire ministérielle (DGOS, 2015) – le taux exposé ici est celui correspondant à la cible nationale pour l'année 2016 ;*
*** 2e décile des établissements publics et ESPIC à fin 2013 dans Hospi Diag (ANAP, 2017) ;*
**** 8e décile des établissements publics et ESPIC à fin 2013 dans Hospi Diag (ANAP, 2017).*

Enfin, le Plan triennal a également concerné *les comportements, les technologies et les préférences* majoritaires dans les établissements de santé. En effet, comme nous le verrons dans la dernière section de ce chapitre, le virage ambulatoire constitue un changement de technologies et de pratiques pour les professionnels de santé qui le vivent. Ce changement les invite à remettre en question les préférences qu'ils ont acquises jusqu'alors à travers les mécanismes de formation et de socialisation de leurs professions. L'appui de l'ANAP auprès des établissements de santé avait précisément pour but d'accompagner ce changement, à travers la conception et la diffusion de cadres d'organisation.

Ce premier descriptif de la gouvernance du Plan triennal comme régime de régulation laisse déjà entrevoir la manière dont ce régime de régulation a opéré sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement ». Il a combiné des dispositifs de régulation dure, fondés sur la contrainte légale ou financière, et des dispositifs souples, reposant sur la légitimation de cadres d'organisation nouveaux. Le tableau 2.4 ci-dessous répartit chaque dispositif mobilisé sur cet axe du Plan selon cette distinction de nature, empruntée au modèle de l'orchestration (K. W. Abbott et al., 2015).

Tableau 2.4 : Classification par nature des dispositifs du Plan triennal mobilisés sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prises en charge en établissement »

Dispositifs « durs »	Dispositifs « souples »
• Limitation des augmentations tarifaires • Détermination par instruction ministérielle des taux cibles de chirurgie ambulatoire aux niveaux national et régional	• Classement des performances des établissements accompagnés par l'ANAP sur les indicateurs du virage ambulatoire • Appui par l'ANAP des porteurs du changement dans ces établissements

Le tableau 2.4 ne récapitule que les dispositifs créés par le Plan triennal. Or, comme nous l'avons vu, certains dispositifs préexistants de régulation – toujours au sens général de Levi-Faur (2011) – touchant au virage ambulatoire n'ont pas été modifiés par le Plan triennal. En sus des dispositifs de tarification mentionnés précédemment, nous devons ajouter à cette liste le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP). Instauré par la LFSS 2008 (Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, 2007), la MSAP en chirurgie ambulatoire

consiste à soumettre à l'accord du service médical de l'Assurance Maladie toute décision d'hospitalisation d'au moins une nuit d'un patient non motivée par un cas d'urgence avérée. En cas de refus de l'Assurance maladie, si l'établissement maintient sa décision d'hébergement, il ne peut pas facturer de GHS. Cette procédure ne concerne que certains gestes chirurgicaux, généralement pratiqués en ambulatoire. Le nombre de ces gestes est toutefois passé de cinq en 2008 à 55 en 2015 (DSS-ACOSS-DGFIP-MCP, 2015). En outre, le déclenchement de la MSAP ne peut se faire qu'à condition que les taux de chirurgie ambulatoire d'un établissement de santé soient inférieurs à la moyenne régionale ou nationale pour les gestes concernés. Les décisions de MSAP relèvent aujourd'hui de la compétence des ARS. Elles sont prises sur proposition de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) auquel l'établissement est rattaché, et après une procédure contradictoire entre l'ARS et l'établissement, si les justifications apportées par celui-ci ne sont pas jugées valables par l'ARS. La durée d'application de la MSAP ne peut excéder six mois (Article L162-1-17 du Code de la sécurité sociale). La MSAP constitue donc un dispositif particulièrement contraignant. Néanmoins, les données collectées par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sanitaires (IGF-IGAS, 2014) montrent que si ce dispositif a bien un effet ponctuel significatif sur le taux de chirurgie ambulatoire des établissements pour les gestes concernés, cet effet n'est pas toujours pérenne.

En comparaison avec les dispositifs préexistants visant les règles de tarification ou d'autorisation de prise en charge, les dispositifs issus du Plan triennal apparaissent par conséquent beaucoup moins contraignants. Même pour les taux de chirurgie ambulatoire, les régulateurs primaires – centraux – ont délégué aux régulateurs secondaires – les ARS – le soin de négocier avec chaque établissement les taux cibles applicables à son cas. Un chiffrage du potentiel de développement de l'ambulatoire par établissement a simplement été communiqué aux ARS par le ministère de la Santé pour information, sans obligation de s'y conformer. De la même manière, les CPOM conclus entre les ARS et les établissements se sont bornés à fixer des niveaux de performance cibles, tout en confiant à ces établissements la responsabilité de définir et de mener eux-mêmes les actions permettant de les atteindre. La gouvernance du Plan triennal, sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement », s'est donc plutôt apparentée à une *méta-régulation*, dans laquelle les différents niveaux de régulation ont laissé aux régulés la liberté de déterminer leurs propres règles de conduite, au sein d'un cadre légal déjà existant, afin qu'ils puissent parvenir à des niveaux de performance leur permettant de faire face à une contrainte financière accrue. L'accompagnement de l'ANAP a ainsi représenté une aide mise à la disposition des ARS et des établissements par le régulateur central pour les soutenir dans l'accomplissement de leurs tâches de régulateur secondaire et d'autorégulateur. De fait, l'ANAP occupe la partie droite du tableau 2.4, correspondant aux dispositifs de régulation souple, et n'apparaît pas associée aux dispositifs de régulation dure. Ce positionnement semble confirmer que cette tierce partie est bien intervenue en tant qu'intermédiaire de régulation sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal. Mais cette qualification doit être étayée par une analyse plus précise des actions qu'elle a menées dans ce contexte.

Les actions de l'intermédiaire de régulation : l'ANAP

Nous avons déjà noté que l'ANAP est intervenue sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal à trois niveaux de régulation : auprès des régulateurs primaires, auprès des régulateurs secondaires, et auprès des établissements de santé régulés. Nous allons maintenant préciser quelles actions elle a conduites à chacun de ces niveaux. Mais sans doute est-il utile de rappeler auparavant que, comme nous l'avons indiqué en introduction générale, l'ANAP n'est investie d'aucune prérogative de puissance publique. Elle *ne peut donc pas constituer un agent*, au sens de la théorie de la régulation, puisqu'elle ne dispose d'aucun pouvoir de contrainte délégué par le régulateur (K. W. Abbott et al., 2015). Sa mission générale est de produire des « recommandations et outils » (Article L6113-10 du Code de la santé publique) à destination des établissements de santé et médico-sociaux. Il découle de l'absence de contrainte légale que les outils et recommandations émanant de l'ANAP n'ont pas de portée normative, dans l'acception juridique du terme. Ces outils et recommandations ne possèdent pas non plus nécessairement un caractère normatif, au sens de DiMaggio et Powell (1983), puisque l'ANAP n'est pas un organisme professionnel qui prescrirait à ses membres certaines pratiques. Toutefois, l'ANAP peut recommander des pratiques organisationnelles qui touchent aux pratiques professionnelles. Lorsque c'est le cas, l'ANAP associe en général des fédérations professionnelles ou la Haute Autorité de santé (HAS) à la production de ses outils et recommandations. À la différence de l'ANAP, la HAS est en effet une autorité publique indépendante, bénéficiant de par ce statut d'un pouvoir d'édiction de normes. Ces normes peuvent concerner les pratiques des professionnels de santé et les standards de qualité applicables dans les hôpitaux (Articles R161-70 à R161-76 du Code de la sécurité sociale). Des recommandations organisationnelles pour la chirurgie ambulatoire avaient ainsi été élaborées conjointement par l'ANAP et la HAS dès avant le lancement du Plan triennal (HAS-ANAP, 2013). En sus de ce document, l'ANAP avait également produit par elle-même, en 2013, un outil d'autodiagnostic[13] quantitatif et qualitatif du fonctionnement de la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'un outil d'autoévaluation prospective de l'impact économique du développement de la chirurgie ambulatoire pour un établissement de santé. Au moment où le Plan triennal a débuté, l'ANAP avait par conséquent une expérience de plusieurs années dans l'accompagnement des établissements de santé sur la thématique de la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'une expertise formalisée dans des publications et outils. Ce n'était pas le cas en revanche pour les hôpitaux de jour médicaux.

Il est également important de rappeler que la finalité donnée aux outils et recommandations de l'ANAP par la loi (Loi HPST, 2009) est de permettre aux établissements de « maîtriser leurs dépenses », notamment à travers un suivi et un accroissement de leur performance. Les missions fondamentales de l'ANAP étaient ainsi en *cohérence avec les focales coûts et performance du Plan triennal*. Toutefois, l'ANAP n'est pas intervenue sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan à travers la

[13] Par l'appellation « autodiagnostic », l'ANAP désigne tous les outils que les professionnels du secteur de la santé peuvent librement télécharger sur son site et utiliser eux-mêmes dans le but de réaliser un diagnostic de leur organisation.

réalisation d'audits, comme la loi (Loi HPST, 2009) et sa convention constitutive (Convention État-Uncam-Cnsa-Fédérations du 23 octobre 2009) lui en donnent la faculté. Le dispositif d'accompagnement conçu et mis en œuvre par l'ANAP pour le Plan triennal a été original, de par son échelle et ses modalités (ANAP, 2017). Précisons enfin à nouveau que l'ANAP est un groupement d'intérêt public (GIP) financé pour l'essentiel de ses ressources par l'Assurance Maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et que siègent à son conseil d'administration l'ensemble des directions d'administration centrale composant le Comité de pilotage du Plan triennal, ainsi que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), la CNSA et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Dans la taxinomie des intermédiaires de régulation établie par Levi-Faur et Starobin (2014), l'ANAP se situe par conséquent davantage dans la zone des intermédiaires dirigés par l'État, quoique son financement par des caisses et la présence des fédérations dans son conseil d'administration la rapprochent également de la zone des organisations non-gouvernementales[14] et de celle des entreprises[15]. En effet, bien que l'ANAP ne soit pas statutairement une organisation gouvernementale, et qu'elle ne dépende pas directement de l'État pour son financement, la participation à son conseil d'administration de l'ensemble des organisations membres du Comité de pilotage du Plan triennal positionne d'amblée l'ANAP dans une situation de proximité avec les régulateurs primaires de ce Plan.

De fait, l'ANAP a tout d'abord été *sollicitée par un régulateur primaire* – en l'occurrence : la DSS – à l'automne 2014, pour l'assister dans le chiffrage des économies pouvant être attendues du virage ambulatoire et de l'adaptation des capacités d'hébergement à ce virage en chirurgie et en médecine. L'ANAP a ainsi fourni une estimation des économies de charges pouvant être générées par la suppression d'une unité de 28 lits en médecine et en chirurgie. L'ANAP s'est fondée pour cette estimation sur les données du Retraitement comptable[16]. Les régulateurs primaires – c'est-à-dire l'ensemble des membres du Comité de pilotage de Plan – ont ensuite demandé à l'ANAP de proposer des modalités de déploiement du Plan. Une première réponse de l'ANAP fut de suggérer la mise en place d'une architecture de projet, incluant la désignation de responsables projet à l'échelon régional : les ROP. Après la création de cette fonction et la désignation des personnes en ayant la charge par chaque ARS et CRAM, l'ANAP a co-animé avec les pilotes nationaux du Plan les séminaires trimestriels qui leur étaient consacrés. En outre, un binôme de salariés de l'ANAP a été missionné auprès des ROP ARS et Assurance Maladie de chaque région pour les aider à mettre en œuvre l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan ainsi qu'à en suivre l'avancement. L'ANAP a donc également assisté les *régulateurs secondaires* dans la traduction régionale du Plan.

[14] Les caisses de sécurité sociales en France ne sont pas gérées par l'État mais par les partenaires sociaux que sont les organisations syndicales patronales et celles représentatives des salariés. Même si l'État encadre fortement les dépenses d'assurance maladie, depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 instaurant l'ONDAM (Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, 1996), celle-ci n'a pas réformé la gestion partenariale des financements.

[15] La Fédération de l'hospitalisation privée siège en effet au conseil d'administration de l'ANAP.

[16] Le Retraitement comptable est une base de donnée nationale sur les coûts hospitaliers, que les établissements publics et privés non lucratifs ont l'obligation d'alimenter annuellement.

Afin de définir le périmètre et les modalités de l'accompagnement qu'elle pouvait être en mesure d'assurer *auprès des établissements de santé régulés*, l'ANAP a organisé un séminaire interne, au mois de février 2015. Les thématiques liées au virage ambulatoire et aux transformations organisationnelles des hôpitaux qui en découlent sont apparues lors de ce séminaire comme celles pour lesquelles l'ANAP disposait de la plus longue expérience, et donc de la meilleure capacité à diffuser son savoir, ses outils et ses méthodes à grande échelle. Toutefois, le périmètre d'accompagnement initialement voulu par le régulateur primaire – 250 établissements – était jugé trop important par les équipes de l'ANAP pour pouvoir être couvert avec ses seules ressources humaines internes. Les budgets alloués par le conseil d'administration pour l'accompagnement du Plan autorisant le recours à des prestations externes, l'ANAP s'est par conséquent orientée vers des modalités d'accompagnement associant des cabinets de consultants dans leur mise en œuvre. Afin d'arrêter ces modalités, la direction de l'ANAP a convié au séminaire interne des salariés de l'ANAP qui avaient expérimenté différentes modalités de déploiement, et elle les a encouragés à réfléchir et à échanger sur les apports et les limites de chacune d'entre elles. Les modalités d'accompagnement finalement proposées par l'ANAP, et qui ont été validées par le régulateur primaire, ont ainsi été le fruit d'une réflexion interne sur les projets antérieurs de l'ANAP. Cette réflexion s'est toutefois déroulée dans un temps relativement court – de janvier à juin 2015. Dans le bilan qu'elle a dressé elle-même de son action pour le Plan triennal en novembre 2017 (ANAP, 2017), l'ANAP classe les dispositifs de l'accompagnement qu'elle a apportés aux établissements de santé en deux catégories : des outils, d'une part, et des modalité d'appui, d'autre part. Nous commencerons par exposer les modalités d'appui, car elles ont structuré l'emploi des outils.

La première des modalités d'appui déployées par l'ANAP a pris le nom de *mentorat*. Cette modalité avait déjà été utilisée précédemment par l'ANAP sur un projet de déploiement de la gestion des lits. Son principe est d'épauler une équipe projet constituée au sein d'un établissement de santé en lui apportant à la fois sur une méthodologie de gestion de projet et de conduite du changement ainsi qu'une expertise thématique sur les processus opérationnels impliqués par ce changement. Les établissements ayant participé à cette modalité ont donc dû tout d'abord désigner un chef de projet opérationnel (CPO) ainsi qu'un CPO-adjoint, en charge de conduire les projets liés au Plan triennal dans leur établissement. Ces CPO et leurs adjoints ont la plupart du temps mis en place une équipe projet, pour les aider à déterminer les objectifs – notamment quantitatifs – du projet, à définir un plan d'actions, à mettre en œuvre ce plan d'actions et à en suivre la réalisation. À la différence des autres modalités d'appui de l'ANAP, la participation au mentorat ne s'est pas faite initialement sur la base du volontariat. Les établissements qui ont suivi le dispositif du mentorat y ont été fortement incités par leur ARS, notamment dans le cadre de la signature et du suivi des CPOM. Les binômes régionaux de l'ANAP sont parfois intervenus auprès des ROP ARS pour les assister dans la sélection des établissements en déterminant avec eux les critères de sélection à retenir. Dans ce cas, ces critères ont le plus souvent été les indicateurs précités du virage ambulatoire – TA, DMS, IP-DMS, TO et TU – ou des indicateurs financiers – comme le taux de marge brute[17] par

[17] Le taux de marge brute (TMB) utilisé dans le secteur hospitalier français correspond en réalité à un taux d'excédent brut d'exploitation, puisque cet indicateur est le résultat du ratio suivant : (produits courants de fonctionnement - charges courantes de fonctionnement) / produits courants de fonctionnement. Le TMB mesure donc le pourcentage d'excédent qu'un établissement dégage de son cycle d'exploitation.

exemple. Mais d'autres ARS ont déterminé sans le concours de l'ANAP la liste des établissements devant participer au mentorat. L'obligation faite aux établissements sélectionnés par les ARS de participer au mentorat, qui s'apparenterait à une forme d'autorégulation forcée (Levi-Faur, 2011), doit toutefois être relativisée par le constat que les établissements qui ont souhaité quitter le dispositif ont pu le faire unilatéralement, sur simple décision de leur direction générale, sans subir de sanction. Six établissements ont ainsi abandonné le dispositif du mentorat, entre décembre 2015 et février 2017, la plupart du temps suite au départ de leur CPO. Le nombre d'établissements initialement inclus dans le mentorat ayant été limité par l'ANAP, après chiffrage du coût de ce dispositif, à 202, 196 établissements l'ont donc suivi du début à la fin. Sur ces 196 établissements, 190 avait un statut d'établissement public et 15 d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Un groupement de coopération sanitaire (GCS), entre un établissement public et une fondation privée à but non lucratif, a également participé au mentorat. Aucun établissement privé commercial n'a été associé au mentorat.

Le mentorat comprenait deux types de sessions d'accompagnement : collectives et individuelles. Les sessions collectives regroupaient les CPO d'une même zone géographique[18]. Ces sessions étaient animées par des consultants rémunérés par l'ANAP et dénommés « mentors ». Le rôle des mentors dans ces sessions était de favoriser le partage d'expériences, d'outils et de solutions entre les participants. Quinze sessions collectives ont été tenues dans chaque groupe d'établissements, à une fréquence moyenne de six semaines, entre septembre 2015 et décembre 2017[19]. Les premières sessions étaient surtout consacrées à la méthodologie de projet. Toutefois, à partir de 2016, lorsque les établissements arrivèrent en phase de mise en œuvre de leur plan d'actions, de plus en plus de sessions furent dédiées à un contenu thématique, par exemple : la chirurgie ambulatoire, la gestion des lits ou les hôpitaux de jour médicaux. Les sessions collectives de mentorat ont alors été ouvertes aux autres membres de l'équipe projet responsables des actions menées par les établissements sur ces thématiques, tels que par exemple des cadres coordonnateurs d'unités de chirurgie ambulatoire (UCA). Le contenu de chaque session collective était préparé par les mentors avec les binômes régionaux de l'ANAP. Le cadre contractuel entre l'ANAP et les consultants laissait néanmoins volontairement une liberté d'adaptation du contenu des sessions en fonction des desideratas des participants. Les ordres du jour des sessions étaient donc le plus souvent déterminés pour répondre aux souhaits exprimés par les participants lors des sessions précédentes. Les ARS ne se sont pas toutes impliquées de la même manière dans l'organisation et le déroulement des sessions collectives. Certaines les ont préparées avec le binôme ANAP et les consultants et ont fait le choix d'y participer. D'autres ont préféré ne pas intervenir dans cet accompagnement.

Les sessions individuelles de mentorat avaient lieu également toutes les six semaines, en général à plus ou moins trois semaines des sessions collectives. Pour ces sessions individuelles, le CPO pouvait demander au mentor de se déplacer sur site au maximum une fois sur deux. Le reste des sessions individuelles avaient lieu par téléphone. Les sessions téléphoniques consistaient le plus souvent en un point d'étape, durant lequel le CPO, parfois

[18] Les régions géographiquement étendues étaient divisées en plusieurs groupes de déploiement.

[19] Tous les groupes n'ont pas commencé les sessions collective dès septembre 2015, ce qui explique que les dernières aient eu lieu en décembre 2017.

accompagné de son adjoint et/ou de certains autres membres de son équipe projet, ou même exceptionnellement remplacé par eux, faisait le bilan des actions réalisées sur les projets en lien avec l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, et échangeait avec le mentor sur les actions à mener dans les semaines à venir. Les sessions sur site duraient quant à elles une journée. Outre des points d'étapes, elles comprenaient dans la plupart des établissements des réunions avec les professionnels impliqués dans le projet, soit en tant que membres de l'équipe projet, soit tout simplement parce qu'ils étaient concernés par les changements prévus dans le projet. Les sessions sur site étaient souvent l'occasion de renseigner des outils d'autodiagnostic de l'ANAP et d'en restituer les résultats. Les outils d'autodiagnostic les plus utilisés étaient ceux relatifs aux thématiques ou processus directement impactés par le virage ambulatoire et l'adaptation des capacités, c'est-à-dire : la chirurgie ambulatoire, la gestion des lits, et le bloc opératoire. Là encore toutefois, le contenu des sessions individuelles pouvait être adapté en fonction des demandes du CPO et des capacités personnelles du mentor – en termes de connaissances techniques et de compétences humaines – à pouvoir y répondre. Dans sa globalité, le mentorat a par conséquent été conçu et déployé comme un dispositif de régulation réactif (Ayres et Braithwaite, 1992; Scott, 2017), c'est-à-dire ajustable en fonction des besoins des régulés. Ce dispositif a également été modulé, en l'occurrence, par les choix des régulateurs secondaires quant aux participants et quant à leur propre implication dans son fonctionnement. En outre, ce dispositif a joué un rôle structurant pour le reste de l'accompagnement dispensé par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal auprès des établissements, dans la mesure où les établissements suivant le programme du mentorat ont aussi été les plus nombreux à avoir recours aux autres modalités d'appui et aux outils proposés par l'ANAP.

La seconde modalité d'appui à avoir été mise en œuvre par l'ANAP, à partir d'octobre 2015, s'intitulait *transferts de compétences*. Ces sessions d'une journée s'apparentaient à des formations articulées autour de la présentation et de l'utilisation des outils thématiques de l'ANAP pouvant être mobilisés dans le cadre du virage ambulatoire et de l'adaptation des capacités d'hospitalisation qui en découle. Comme pour le mentorat, des consultants rémunérés par l'ANAP assuraient l'animation des sessions. Outre la démonstration de l'outil, les sessions comprenaient un exposé des concepts et des enjeux clés sur chaque thématique ainsi que des potentialités et des limites de l'outil, des recommandations sur les moments opportuns pour l'utiliser, et un argumentaire destiné à convaincre les professionnels de son bienfondé. Sept thématiques ont ainsi été abordées : la chirurgie ambulatoire, la gestion des lits, les transports sanitaires, l'aide au dimensionnement des organisations, le bloc opératoire, l'imagerie, et les urgences. Lors des sessions consacrées à la thématique bloc opératoire, les participants ont pu venir avec leur propre jeu de données, réaliser leur diagnostic et construire un premier plan d'actions durant la session. Dix sessions ont été organisées par thématique, regroupant cinq établissements par session. Chaque établissement pouvait convier jusqu'à trois personnes. Les transferts de compétences s'adressaient en priorité aux professionnels, médicaux et soignants, qui devaient intervenir sur les processus opérationnels concernés. De nombreux CPO y ont également assisté. Bien qu'ils furent ouverts à d'autres établissements, les transferts de compétence ont surtout rassemblé des participants – 800 au total – provenant des établissements suivant le programme du mentorat.

La troisième modalité d'appui des établissements de santé déployée par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal, à compter de mai 2016, se dénommait « *cercles* ». Ces cercles étaient

des journées d'échanges entre professionnels, majoritairement médecins et soignants. Ces rencontres étaient également organisées par thématique. Une première série de six thématiques étaient dédiées aux « transformations organisationnelles et [au] virage ambulatoire » : la chirurgie ambulatoire, les hôpitaux de jour médicaux, les consultations et soins externes, la maîtrise des durées de séjour, les ressources humaines et la mutualisation des unités de soins. Un second groupe de thématiques touchait aux plateaux médico-techniques : le bloc opératoire, l'imagerie et les urgences. Ces journées comprenaient des retours d'expériences présentés par des professionnels de santé. Ces retours d'expérience étaient sélectionnés par les salariés de l'ANAP référents sur chaque thématique, d'abord en fonction de leur connaissance des projets ayant eu lieu dans les établissements de santé, puis, à mesure que certains participants aux cercles se déclaraient volontaires pour parler de leur expérience, aussi sur la base des propositions reçues. Quatre-vingt-dix retours d'expérience ont ainsi été effectués sur le premier groupe de thématiques. Des ateliers étaient également organisés afin de permettre aux participants d'analyser ensemble des points problématiques identifiés dans les premiers temps par les référents ANAP, et ensuite par les participants aux cercles eux-mêmes. Des consultants rémunérés par l'ANAP assistaient les référents ANAP dans la préparation et l'animation de ces journées. Six cercles consacrés aux « transformations organisationnelles et [au] virage ambulatoire » se sont tenus en 2016 et 2017, et cinq sur les plateaux médico-techniques. La première série de thématiques a rassemblé 300 participants, provenant de 115 établissements. 70 % des participants sont venus plus d'une fois. Cette fidélisation était importante pour l'ANAP, car les cercles avaient pour fonction de créer un réseau de professionnels sur une thématique. La plupart des participants travaillaient dans les établissements suivant le programme du mentorat. Nous n'avons malheureusement pas trouvé les données de participation pour les cercles médio-techniques.

Ces trois modalités d'appui étaient en outre outillées, c'est-à-dire qu'elles mobilisaient des outils dans leur mise en œuvre. Deux types d'outils conçus et diffusés par l'ANAP peuvent être distingués : les outils thématiques, que nous avons mentionnés dans la description des modalités d'appui, et les outils relevant, selon la terminologie employée par les équipes de l'ANAP, du *monitorage*. Sous ce vocable, les équipes de l'ANAP désignaient quatre outils qui avaient pour vocation de structurer une démarche projet dans les établissements de santé, en particulier ceux participant au mentorat. Le premier de ces outils était la feuille de route stratégique. Un modèle de feuille de route stratégique, élaboré par les directions du ministère de la Santé impliquées dans le pilotage du Plan et par l'ANAP, fut proposé à l'ensemble des établissements français en juin 2015. Selon ce modèle, les feuilles de route stratégiques décrivaient les engagements de chaque établissement sur l'ensemble des axes du Plan triennal, ainsi que les éléments de diagnostic étayant les objectifs énoncés. Les feuilles de route stratégiques firent l'objet d'un dialogue entre les établissements et les ARS. Elles constituèrent donc une sorte de complément plus détaillé des objectifs du CPOM liés au Plan triennal. Comme pour l'ensemble des outils de déploiement du Plan triennal, les ARS firent toutefois un usage divers des feuilles de route stratégiques. Certaines ARS les considérèrent comme une annexe du CPOM, d'autres ne les diffusèrent pas, et certaines leur préférèrent en substitution les feuilles de route opérationnelles. Les feuilles de route opérationnelles étaient le format de plan d'actions proposé par l'ANAP pour l'ensemble des projets des établissements de santé en lien avec le Plan triennal. Elles comprenaient une synthèse rappelant les objectifs stratégiques de l'établissement sur chacun des axes du Plan, une

désignation de l'équipe projet, ainsi que la liste des actions par axe. Chaque action était ensuite détaillée dans une fiche indiquant des responsables, des objectifs, les tâches à réaliser et le calendrier de leur mise en œuvre. La quasi-totalité des établissements participant au programme du mentorat – 190 sur les 196 ayant suivi le programme jusqu'à son terme – renseignèrent cette feuille de route opérationnelle. Quelques ARS la diffusèrent également aux établissements non inclus dans ce programme. À la différence des modalités d'appui et des autres outils développés par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal, les feuilles de route n'étaient pas limitées au seul axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement », mais pouvaient recouvrir l'intégralité des axes du Plan.

Pour aider les établissements à identifier les axes et actions prioritaires à inscrire dans leur feuilles de routes, l'ANAP construit et mit à disposition des établissements de santé un outil d'autodiagnostic multithématique, appelé « Macrodiag ». Le Macrodiag ne comprenait que des questions à choix multiple, et offrait des restitutions donnant une vision du score des établissements sur différents axes d'analyse jugés pertinents pour apprécier le bon fonctionnement de chacun des processus opérationnels retenus. Ces processus étaient, dans la première version du Macrodiag diffusée à l'été 2015, divisés en neuf thématiques : la gestion des lits, le bloc opératoire, la chirurgie ambulatoire, les urgences, les transports sanitaires, le brancardage, les consultations externes, l'imagerie, et les ressources humaines. Les questionnaires sur chacune de ces thématiques furent établis, par les référents thématiques salariés de l'ANAP, sur la base des outils thématiques existant, en sélectionnant les questions qui leur semblaient les plus importantes pour apprécier un niveau de maturité de l'établissement sur leur thématique. Bien que le Macrodiag ait donc constitué une sorte de résumé d'outils thématiques, son emploi à des fins de cadrage et de suivi des projets découlant du Plan triennal dans les établissements de santé explique sa classification dans les outils de monitorage. Deux campagnes de remplissage furent ensuite lancées, fin 2016 et fin 2017, afin d'apprécier la progression des établissements de santé sur chaque processus. À compter de la seconde campagne, deux modifications furent apportées au Macrodiag : un autre questionnaire fut proposé pour la chirurgie ambulatoire, et une dixième thématique fut ajoutée : les hôpitaux de jour multidisciplinaires de médecine. 95 % des établissements suivant le mentorat remplirent au moins une fois le Macrodiag, ainsi que quelques établissements en dehors de ce programme.

Enfin, l'ANAP mit au point pour les établissements du mentorat un dispositif de remontée d'informations comprenant des indicateurs d'avancement et de résultats. Les indicateurs d'avancement, renseignés par les mentors suite aux sessions de mentorat, consistaient en des pourcentage de réalisation de chaque phase du projet : cadrage, diagnostic, mise en œuvre et bilan. Les indicateurs de résultats, dénommés par l'ANAP « indicateurs opérationnels », se divisaient entre indicateurs mensuels et semestriels. Les indicateurs que les équipes projet des établissements devaient faire remonter chaque mois étaient les suivants : les TA en médecine et en chirurgie ; les TO en médecine, chirurgie, et obstétrique ; les DMS dans ces trois secteurs également ; ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation dite « conventionnelle »[20] et de semaine. Les indicateurs semestriels étaient les TU et les IP-DMS en médecine, chirurgie,

[20] Nous reviendrons plus longuement sur cette notion d'hospitalisation conventionnelle dans la dernière section de ce chapitre ; elle désigne le mode d'hospitalisation historique des établissements de santé impliquant un hébergement dont la durée excède le plus souvent les jours ouvrables d'une semaine.

et obstétrique. Les évolutions des résultats des établissements sur les indicateurs opérationnels étaient présentées lors des sessions collectives de mentorat, ainsi qu'aux instances de pilotage du Plan. Les données exposées par l'ANAP n'étaient toutefois jamais nominatives. Elles montraient soit la dispersion des évolutions – sous forme de nuage de points – entre les établissements, soit l'évolution du nombre d'établissements entre les strates de valeurs d'un indicateur. Bien que les mentors aient eu pour mission de rappeler aux équipes projet l'importance de communiquer les valeurs de leurs indicateurs opérationnels afin d'avoir une vision des résultats obtenus, certaines de ces équipes firent le choix de ne pas le faire dès le début du mentorat, ou abandonnèrent partiellement ou complètement le dispositif de remontée d'informations au cours de l'accompagnement.

Il découle de cette description des actions menées par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal que celle-ci y a bien joué le rôle d'intermédiaire entre régulateurs et régulés auquel la loi et sa convention constitutive la prédestinaient. L'ANAP a agit auprès de l'ensemble des niveaux de régulation, du régulateur primaire au régulé, en passant par les régulateurs secondaires. Auprès des régulateurs, l'ANAP a surtout joué un rôle d'aide à la conception des modalités de mise en œuvre de l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan, puis de suivi des réalisations de cette mise en œuvre. Auprès des régulés, l'ANAP a assuré un rôle d'accompagnateur et de fournisseur d'outils, visant à la fois le cadrage de la démarche projet et les processus opérationnels impactés par le virage ambulatoire, ainsi que l'adaptation des capacités d'hospitalisation qui en découle. Ni les modalités d'appui ni les outils proposés par l'ANAP n'étaient juridiquement ou financièrement contraignants. La seule marque d'exercice d'une contrainte dans la mise en œuvre de ces dispositifs fut l'incitation par les ARS à participer au programme du mentorat. Toutefois, même dans ce cas, la contrainte ne fut pas le fait de l'ANAP, qui n'en avait de toute manière pas le pouvoir, mais des ARS. En outre, comme nous l'avons noté, cette contrainte fut relative, puisque les établissements qui ont souhaité quitter a posteriori le dispositif purent le faire sans difficulté. Cette absence de contrainte sur l'ensemble des actions conduites par l'ANAP confirme donc son positionnement dans l'animation des dispositifs souples de régulation issus du Plan triennal, tel qu'indiqué dans le tableau 2.4 présenté précédemment. Il convient également de noter que l'ensemble de ces dispositifs souples étaient également réactifs (Ayres et Braithwaite, 1992; Scott, 2017), dans la mesure où ils étaient adaptés par l'ANAP en fonction des décisions des régulateurs secondaires et besoins d'accompagnement exprimés par les établissements régulés. Le contenu des sessions de mentorat et des journées des cercles était ainsi déterminé par les participants. De la même manière, l'utilisation des outils thématiques présentés lors des sessions de transfert de compétence, comme celle des outils de monitorage, était *in fine* laissée à la libre appréciation des équipes projet, qui pouvaient ainsi composer leur propre trousse à outils en choisissant parmi ces instruments, ou même, comme nous le verrons dans un cas que nous avons étudié, en les reconcevant elles-mêmes.

La participation de l'ANAP au Plan triennal offre donc un cas intéressant d'intermédiaire orienté vers l'accompagnement des autres acteurs de la régulation sanitaire, et non, comme dans d'autres systèmes de santé (Kurunmaki, 2008; Kurunmäki et Miller, 2008), vers le contrôle des organisations régulées. Néanmoins, assumer ce rôle nouveau d'intermédiaire de régulation fut également un changement pour l'ANAP, qui n'avait jusqu'alors jamais été

aussi directement impliquée dans la régulation du système de santé. Aussi l'organisation de l'équipe interne à l'ANAP en charge du Plan triennal fut-elle revue plusieurs fois, avant d'aboutir à une structuration définitive en 2016. Cette structuration reposait sur la désignation d'un responsable par modalité d'appui et sur la constitution d'une équipe de quatre personnes en charge des dispositifs de monitorage, dite « équipe de pilotage ». Une personne se consacrait également aux relations avec les ARS, en coordonnant l'action des binômes régionaux et en préparant puis en co-animant avec les pilotes nationaux les séminaires consacrés aux ROP. En sus de ces ressources, des référents thématiques ont été mobilisés pour la réalisation du Macrodiag, l'animation des cercles, ainsi que pour la participation à des journées thématiques organisées conjointement avec certaines ARS. En outre, comme nous l'avons précisé dans cette section, l'ANAP a elle-même eu recours à des intermédiaires, en la personne de consultants, pour l'animation de ses modalités d'appui. La chaîne de régulation constituée par l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal inclut par conséquent une chaîne d'intermédiation (De Silva, 2017; Havinga et Verbruggen, 2017). Enfin, un manager était responsable de la coordination de l'ensemble des actions de l'ANAP sur cet axe du Plan triennal, sous l'autorité du directeur du pôle Déploiement de l'ANAP. Compte tenu de l'importance jugée stratégique du Plan triennal pour l'ANAP, des réunions hebdomadaires se tenaient entre la direction générale de l'ANAP, le directeur du pôle Déploiement, le manageur responsable de la coordination d'ensemble, les membres de l'équipe de pilotage et les responsables des modalités d'appui. L'ANAP a donc dû elle-même adapter son organisation interne pour se mettre en capacité de porter un cadre d'organisation pour les hôpitaux : celui du virage ambulatoire. Comme tout dispositif de régulation souple touchant des organisations (Wedlin et Sahlin, 2017), ceux déployés par l'ANAP avaient en effet pour but de définir et de diffuser en le légitimant un cadre d'organisation particulier. Aussi est-il nécessaire de préciser maintenant en quoi consistait ce cadre, et quel type de changement il impliquait pour les organisations régulées.

Section 3 : Le virage ambulatoire : un changement divergent de cadre d'organisation pour les hôpitaux

La croissance des soins ambulatoires et la baisse corrélative du recours à l'hébergement hospitalier constituent des tendances de long terme des systèmes de santé (CNAMTS, 2017). Ces évolutions sont le résultat de progrès médicaux, qui ont permis d'améliorer les techniques de diagnostic et de mettre en place des thérapeutiques moins invasives, autorisant une récupération beaucoup plus rapide des patients (Abraham et Albayati, 2011; Gillissen et al., 2013). Ces avancées dans les techniques diagnostiques et opératoires ont entraîné une nouvelle transition épidémiologique à l'échelle mondiale (Feigin, 2016; Hunter et Reddy, 2013) marquée par une diminution de la mortalité des suites d'incidents aigus – tels que l'infarctus du myocarde ou l'AVC par exemple – ainsi que par une augmentation de l'espérance de vie et de la prévalence des pathologies chroniques – comme par exemple l'insuffisance cardiaque ou rénale – dans la population générale. Ces évolutions technologiques et épidémiologiques rendent les organisations hospitalières, conçues depuis les années 1950 pour le traitement lourd, ponctuel et complet de pathologies aigües, mal

adaptées pour répondre aux besoins de santé nouveaux des patients (CNAMTS, 2017). Depuis les années 1990, de nombreux pays se sont donc engagés dans une transformation de l'offre de soins visant à favoriser des modes alternatifs de prise en charge. Cette transformation fut qualifiée au Québec de « virage ambulatoire » (Gagnon, Guberman, et Côté, 2002). Cette expression fit son apparition vingt ans plus tard, au milieu des années 2010, en France, pour désigner « un élément de transformation de tous les systèmes de santé qui consiste, chaque fois que cela est possible, à éviter ou à écourter les séjours hospitaliers, en offrant les services au patient au plus près de son milieu de vie » (CNAMTS, 2014, p. 84). Le virage ambulatoire peut donc avoir deux acceptions possibles, non exclusives l'une de l'autre : lorsqu'il s'agit d'éviter des séjours hospitaliers, le virage ambulatoire implique un report sur la médecine de ville ou au domicile du patient de soins antérieurement pratiqués à l'hôpital ; lorsqu'il s'agit d'écourter des séjours hospitaliers, la problématique est alors de garder à l'hôpital les patients uniquement le temps nécessaire et d'adapter les capacités d'hospitalisation en fonction de ce juste-à-temps. Comme nous l'avons vu en section précédente, les dispositifs de régulation souple mis en œuvre par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal ont surtout concerné le second aspect du virage ambulatoire, celui des transformations internes à l'hôpital. Certes, l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal incluait également le développement de modes de prise en charge au domicile du patient, comme la HAD ou les PRADO. Mais l'ANAP n'est pas directement intervenue sur ces projets, car la loi limite le périmètre de son action aux établissements de santé et médico-sociaux (Article L6113-10 du Code de la santé publique). C'est par conséquent avant tout en tant que cadre d'organisation nouveau pour les hôpitaux que nous allons considérer le virage ambulatoire. Nous allons d'abord voir en quoi ce cadre peut être considéré comme divergent par rapport à ceux précédemment en vigueur à l'hôpital. Puis nous envisageons les spécificités de ce cadre dans les deux secteurs sur lesquels l'action de l'ANAP a porté : la chirurgie et la médecine.

Un changement divergent d'archétype et de gabarit organisationnels pour les hôpitaux

Ainsi que nous l'avons évoqué au premier chapitre, les cadres par lesquels les organisations règlent leur conduite peuvent être de deux ordres : des archétypes (Greenwood et Hinings, 1993, 1996) ou des gabarits (DiMaggio et Powell, 1991; Wedlin et Sahlin, 2017). Un changement de cadre d'organisation signifie donc à la fois un changement des « idées, croyances et valeurs [...] incarnées dans les structures [...] ainsi que dans les systèmes de gestion » des organisations (Greenwood et Hinings, 1993, p. 1052) et un changement des « croyances prises pour évidentes et de[s] règles largement admises » par lesquelles les organisations s'évaluent et se comparent (DiMaggio et Powell, 1991, p. 27-28). Par conséquent, changer de cadre d'organisation revient globalement à changer les *conventions* par lesquelles les organisations justifient la forme et la finalité de leurs actions (Boltanski et Thévenot, 1991). Le fait d'opposer l'hospitalisation ambulatoire et de semaine à une hospitalisation dite « conventionnelle » (ANAP, 2017, p. 17) indique bien que le virage ambulatoire touche précisément aux conventions régissant l'hospitalisation. Parmi ces conventions, celles relatives à la division des rôles entre professionnels et entre organisations

sont les plus structurantes dans le champ de la santé (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). Aussi le degré de divergence du virage ambulatoire par rapport aux cadres préexistants peut-il s'apprécier notamment au regard de leur remise en cause de ces conventions structurantes.

Pour comprendre à quelles conventions le virage ambulatoire peut s'opposer, il est nécessaire de revenir brièvement sur les conventions qui se sont mises en place depuis la naissance de l'hôpital moderne. Les travaux de Michel Foucault à ce sujet (Foucault, 1963) mettent en évidence le lien constitutif entre cette organisation et une certaine forme de médecine, la *médecine clinique*. Comme nous l'avons déjà évoqué dans le premier chapitre, la médecine clinique repose sur des procédés de savoir et de véridiction impliquant un confinement du malade, afin que celui-ci soit disponible au regard médical. Les hôpitaux, qui étaient jusqu'alors des asiles pour invalides et indigents, sont devenus, à la fin du XVIII^{e} siècle, le lieu d'exercice privilégié de cette médecine. Comme le souligne Michel Foucault (1963), une sorte de pacte liant les médecins, les institutions hospitalières et les malades s'instaure à l'issue de la période révolutionnaire en France. Selon ce pacte, les malades pris en charge gracieusement par les hôpitaux devaient payer leur dette à la société en mettant leur corps à la disposition du regard médical. Les hôpitaux contribuaient ainsi à leur mission de bienfaisance en offrant des soins gratuits à ceux de leurs pensionnaires qui en avaient besoin, tandis que cet important vivier de malades servait de socle à la formation des médecins et au développement du savoir médical. Le malade hospitalisé remboursait de cette manière le reste de la société, en permettant une élévation du niveau des connaissances et des pratiques médicales bénéfique pour l'ensemble de la population.

Ce pacte fondamental eut au moins quatre conséquences majeures et durables pour l'hôpital. Premièrement, il devint un lieu de soins en plus d'être un lieu d'hébergement, ce qui, Michel Foucault le rappela plus tard (Foucault et al., 1979), était loin d'être une évidence jusqu'à la fin du XVIII^{e} siècle. Deuxièmement, l'hôpital devint le lieu d'exercice du pouvoir médical. Comme tout pouvoir professionnel, celui des médecins est basé sur la maîtrise exclusive d'un champ de savoir (A. Abbott, 1988) qu'ils commencèrent précisément à acquérir à l'hôpital. De cette origine découle l'appartenance de l'hôpital à l'archétype de l'organisation professionnelle (Mintzberg, 1982) ainsi que la prééminence de la profession médicale sur le personnel soignant (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013), en dépit des efforts ultérieurs réalisés par les infirmiers pour être eux aussi reconnus comme une profession (Paradeise, 2003). Troisièmement, l'hôpital, en tant que lieu de savoir et de formation médicale, devint une organisation centrale des systèmes de santé, c'est-à-dire une organisation structurant le champ dans lequel elle se situe (DiMaggio et Powell, 1983). Comme nous l'avons déjà noté, après les réformes de l'An XI, tout docteur en médecine, même celui exerçant exclusivement à titre libéral, devait avoir reçu un enseignement clinique dispensé à l'hôpital (Foucault, 1963). La création des centres hospitaliers universitaires (CHU) par l'ordonnance du 11 décembre 1958 (Ordonnance portant réforme de la législation hospitalière, 1958) mit également en place une hiérarchie entre hôpitaux, dépendant de leur rôle dans les processus de production et de transmission du savoir médical. Les CHU occupant une fonction centrale dans ces processus, ils devinrent des organisations hospitalières plus prestigieuses que les autres. Enfin, quatrièmement, cette transformation de l'hospice en hôpital moderne s'accompagna d'un foisonnement de dispositifs assurant le confinement des malades en réglementant minutieusement la position de leurs corps, leurs

possibilités de mouvement, leur diététique et leur habillement (Foucault et al., 1979). Ces dispositifs permettaient une objectivation du malade comme cas, analysable et traitable selon les procédés du savoir médical (Foucault, 1963).

C'est sur ce dernier plan, celui des *dispositifs de confinement*, que le virage ambulatoire constitue la rupture la plus évidente et immédiate avec le cadre d'organisation de l'hospitalisation clinique conventionnelle. La description faite par Berend (2017) du changement de paradigme que représente l'arthroplastie ambulatoire est, de ce point de vue, révélatrice. Berend (2017, p. 6) relate en effet que, dans les prises en charge ambulatoires :

> « le rôle du chirurgien n'est plus d'être un technicien standard dans un environnement hospitalier mais de coordonner l'intégralité de l'expérience de soins, qui comprend les soins préopératoires, l'imagerie, l'anesthésie, le schéma de soins péri-opératoires, les soins post-opératoires, et une coordination renforcée avec les autres pourvoyeurs de soins ».

À la différence du cadre d'organisation d'hospitalisation conventionnelle, le cadre d'organisation du virage ambulatoire implique donc de resituer l'hospitalisation dans un parcours de soins qui peut débuter et se terminer hors des murs de l'hôpital. Berend (2017) note aussi que, à l'occasion des prises en charge ambulatoires, le médecin passe plus de temps qu'auparavant avec le patient et ses proches. Il précise également que les protocoles ambulatoires requièrent une éducation du patient, afin qu'il sache comment se préparer à l'opération et quoi faire chez lui après celle-ci. Dans cette logique, la check-list proposée par la HAS et l'ANAP (HAS-ANAP, 2013) rappelle toutes les consignes de lavage et d'habillement à communiquer au patient avant l'opération, ainsi que les informations à recueillir sur la présence d'un accompagnateur, puis les appels à réaliser au domicile du patient avant et après l'opération.

L'éligibilité d'un patient à la prise en charge ambulatoire est ainsi souvent conditionnée à sa situation psycho-sociale ainsi qu'à son isolement géographique (IGF-IGAS, 2014). La présence d'un proche accompagnant à la sortie du patient et à son lieu de résidence la nuit suivant l'opération est par exemple requise. De la même manière, le patient, ou son proche accompagnant, doit être en capacité de comprendre et d'appliquer les consignes de préparation puis de suivi opératoire données par l'équipe de l'hôpital. De surcroît, si le domicile du patient est trop éloigné de l'hôpital – plus d'une heure – sans que la continuité de la prise en charge ne puisse être assurée par des professionnels plus proches de son domicile, ou que ce domicile est inadapté à la récupération du patient – pour des raisons par exemple d'insalubrité ou d'accessibilité – le patient devra alors être pris en charge en hospitalisation conventionnelle. Dans le cadre du virage ambulatoire, le patient et son entourage deviennent par conséquent davantage acteurs d'une prise en charge que les professionnels de santé ont pour rôle de planifier et de coordonner, en tenant compte non seulement des caractéristiques médicales du patient – le niveau de sévérité de son cas – mais aussi de son lieu et de son mode de vie. Alors que le cadre d'organisation de l'hospitalisation conventionnelle visait à confiner le patient hors de son milieu habituel, celui du virage ambulatoire a au contraire pour but le restituer au plus tôt à ce milieu, sous réserve que celui-ci soit propice à sa convalescence. Ces changements dans les procédures de confinement du patient sont visibles y compris dans la posture du patient, puisque celui-ci n'a plus nécessairement besoin d'être alité (CNAMTS, 2016). C'est pourquoi les capacités d'hospitalisation ambulatoires sont décrites comme des

places et non des lits (CNAMTS, 2017). L'étymologie même du mot « ambulatoire » renvoie en effet à la capacité de se déplacer en marchant, alors que celle du mot « clinique » suppose un alitement du malade.

L'exemple de l'arthroplastie ambulatoire donné par Berend (2017) illustre bien les conséquences de ces changements dans les procédures de confinement sur *le rôle de l'hôpital* dans le système de soin d'une part, et sur *le rôle des différents professionnels* intervenant dans la prise en charge du patient d'autre part. Dans cet exemple, l'hôpital et le médecin continuent à occuper une place centrale, mais non exclusive, dans cette prise en charge. Leur rôle n'est plus de prendre en charge intégralement le patient mais d'assurer, en plus des soins qu'ils prodiguent eux-mêmes, la coordination de sa prise en charge. Or, d'autres exemples, comme celui du virage ambulatoire au Québec (Gagnon et al., 2002), montrent que cette fonction de coordination peut également échoir à des structures de ville, telles que des centres locaux de santé communautaire, et à des personnels infirmiers. En France, les rapports de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur la chirurgie (IGF-IGAS, 2014) et la médecine ambulatoires (IGF-IGAS, 2016) insistent tous deux sur le rôle clé joué par les cadres des unités ambulatoires dans la coordination interne et externe des prises en charge. Le cadre d'organisation ambulatoire peut donc conduire à une remise en cause de la division des rôles entre professionnels et entre organisations du secteur de la santé, ce qui constitue le double critère de divergence des cadres d'organisation hospitalière identifié par Battilana (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). Néanmoins, le cadre d'organisation ambulatoire renforce l'une des caractéristiques de l'organisation hospitalière héritée du modèle clinique : la représentation de l'hôpital comme lieu de soins et non pas seulement d'hébergement (Foucault et al., 1979). De ce point de vue historique, le virage ambulatoire peut être considéré comme une rupture plus définitive avec le cadre d'organisation antérieur à celui de l'hôpital clinique, celui de l'hospice. Cette vocation d'hébergement demeurait en effet dans le cadre de l'hospitalisation conventionnelle, qui pouvait inclure la nuit et les weekends. Selon le cadre d'organisation ambulatoire, en revanche, cette vocation disparaît, puisque l'hôpital ne devient plus qu'un lieu de soins.

Toutefois, dans le cas de la France, ce passage de l'hospitalisation complète conventionnelle au virage ambulatoire a été plus lent et plus progressif que dans d'autres pays (CNAMTS, 2014). Deux cadres d'organisation intermédiaires firent successivement leur apparition. Durant les années 1990, la réduction des durées de séjour entraîna le développement des hôpitaux de semaine, c'est-à-dire d'unités hospitalières ne prenant en charge l'hébergement des patients que du lundi au vendredi (Delamare, Vidal-Trécan, et Christoforov, 1997). Dans les années 2000, les unités ambulatoires, dédiées à la prise en charge des patients uniquement durant la journée, se multiplièrent, principalement en chirurgie (CNAMTS, 2017). À la différence de l'hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire, ces deux cadres d'organisation transitoires, de semaine et de jour, ne concernaient par conséquent souvent que certaines unités des établissements de santé. C'est pourquoi ils peuvent être considérés comme des *cadres d'organisation transitoires*, signalant une évolution du cadre de l'hospitalisation conventionnelle vers celui de l'hospitalisation ambulatoire. Contrairement à l'hospitalisation de semaine ou de jour, l'hospitalisation ambulatoire implique en effet que l'organisation hospitalière dans son ensemble soit tournée vers la sortie du patient au plus tôt. En outre, cette transition semble avoir débuté plus tôt en chirurgie qu'en médecine (CNAMTS, 2017). Il est donc nécessaire d'analyser les spécificités

du cadre d'organisation ambulatoire dans ces deux secteurs, afin de comprendre ce qui peut expliquer ce décalage.

Les spécificités du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine

Le développement de la *chirurgie ambulatoire* est aujourd'hui la composante principale du virage ambulatoire en France (CNAMTS, 2017). Dans ce secteur, le virage ambulatoire a été rendu possible par des évolutions technologiques qui ont permis la mise en place de protocoles anesthésiques et opératoires moins lourds, facilitant une récupération plus rapide du patient – souvent appelée récupération accélérée après chirurgie (RAC) – (Abraham et Albayati, 2011; Gillissen et al., 2013). Ces protocoles nouveaux constituent, selon la CNAMTS (2016, p. 122) « une véritable révolution dans l'organisation des soins chirurgicaux ». Le rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France (IGF-IGAS, 2014) précise la nature de ces transformations organisationnelles. Elles consistent, d'une manière générale, à passer à une gestion des flux de patients optimisée, afin de garantir le niveau de qualité et de rapidité des soins exigé pour une RAC. Cette gestion optimisée des flux de patients requiert notamment une programmation opératoire autorisant un cadencement adéquat des patients. Ainsi, à l'inverse des pratiques chirurgicales de l'hospitalisation conventionnelle, la chirurgie ambulatoire incite à programmer les interventions les moins lourdes en début de journée, de manière à ce que le patient puisse sortir le soir même. Les interventions plus lourdes, relevant de l'hospitalisation conventionnelle, doivent par conséquent être décalées à l'après-midi. Cette programmation par type de flux demande souvent de revoir en profondeur les plannings de vacations des chirurgiens et anesthésistes, pour passer d'une attribution nominative des plages horaires par chirurgien à une attribution des plages par spécialité chirurgicale et par type de patients. Cette nouvelle logique de programmation confère aux cadres de bloc opératoire une fonction essentielle de coordination des professionnels médicaux et soignants. Ce rôle des cadres de bloc est divergent par rapport au modèle de l'hospitalisation conventionnelle, dans la mesure où il revient à confier à un professionnel qui n'est pas un médecin une part déterminante dans l'organisation des flux de travail, y compris du travail des professionnels médicaux. Il s'agit donc d'une remise en cause de la hiérarchie des rôles héritée du cadre d'organisation clinique conventionnel, dans lequel les médecins disposaient d'un pouvoir de décision supérieur aux autres professionnels (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). La chirurgie ambulatoire invite en outre parfois à organiser des délégations de tâches des médecins vers les soignants, afin de faciliter la sortie des patients. Le rapport IGF-IGAS (2014) préconisait ainsi d'expérimenter la possibilité de déléguer aux infirmiers anesthésistes la signature des bulletins de sortie, afin d'éviter qu'un patient en état de sortir ne doive attendre qu'un médecin soit disponible pour signer le bulletin.

La mission IGF-IGAS (2014, p. 15) affirmait en outre que « la chirurgie ambulatoire, désormais conçue comme la pratique chirurgicale de référence (changement de paradigme

depuis 2010) doit être conçue comme *une démarche d'ensemble*[21] ». On retrouve dans cette formulation le caractère holistique du virage ambulatoire, selon lequel l'hospitalisation ambulatoire doit fournir un cadre pour l'organisation hospitalière dans sa globalité. Cette vision s'oppose au développement des unités de chirurgie ambulatoire (UCA) en marge de l'hospitalisation conventionnelle, qui a eu lieu en France avant les années 2010. Si l'IGF et l'IGAS (IGF-IGAS 2014) considèrent bien que la création d'une UCA est la matérialisation première du virage ambulatoire en chirurgie, les UCA ne doivent pas être, selon ces corps d'inspection, dissociées du reste des unités chirurgicales. Les UCA constituent au contraire, dans cet esprit, le point névralgique de prise en charge des patients ambulatoires pour l'ensemble des spécialités chirurgicales. Concrètement, ces unités sont les espaces dans lesquels sont accueillis les patients avant et après l'intervention chirurgicale. Ce sont donc dans ces unités que se situent les places d'ambulatoire, afin d'éviter que la chirurgie ambulatoire ne soit réalisée de manière dite « foraine » (IGF-IGAS, 2014, p.13), c'est-à-dire dans des lits d'hospitalisation complète. Ces considérations spatiales sont importantes car elles révèlent effectivement la volonté de changement de cadre général d'organisation : alors que l'ambulatoire forain revient à raccourcir à la journée les procédures de confinement de l'hébergement hospitalier, le recours systématique à l'UCA force toutes les spécialités chirurgicales à traiter les patients ambulatoires hors de leurs services habituels. Cette nouvelle configuration spatiale induit de fait un décloisonnement entre les spécialités chirurgicales et un partage entre elles des protocoles de prise en charge ambulatoire. Il en découle l'idée que l'UCA doit être le lieu de diffusion des pratiques ambulatoires pour la chirurgie dans son ensemble (IGF-IGAS, 2014).

Cette ambition de faire de l'ambulatoire le cadre d'organisation de référence en chirurgie s'est traduite dans les objectifs de l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal, puisque l'instruction fixant les cibles nationales de taux de chirurgie ambulatoire pour la durée du Plan (DGOS, 2015) prévoyait que la chirurgie ambulatoire devienne le mode de prise en charge majoritaire en chirurgie. Les objectifs de taux de chirurgie ambulatoire arrêté par cette instruction étaient en effet de 52,5 % en 2015, 54,7 % en 2016, et 57,4 % en 2017. Cette progression prévisionnelle de 2,2 points puis de 2,7 points par an anticipait une accélération d'un mouvement de *substitution de la chirurgie complète par la chirurgie ambulatoire* déjà perceptible dans les années précédant le Plan, puisque l'évolution antérieure du taux de chirurgie ambulatoire rappelée en annexe 1 de l'instruction (DGOS, 2015) permet de constater que ce taux avait progressé, à l'échelle nationale, de 1,7 point par an en moyenne entre 2010 et 2014. Les statistiques fournies par la CNAMTS (2017) pour la période allant de 2008 à 2014 confirment que cette augmentation du taux de chirurgie ambulatoire est bien le résultat d'une dynamique de substitution et non pas simplement d'une augmentation d'activité relativement plus forte en ambulatoire. Alors que l'activité de chirurgie ambulatoire progressait en moyenne de 2,7 % par an en nombre de séjours sur cette période, celle de chirurgie complète diminuait dans le même temps de 3,2 % par an. Cette substitution en terme d'activité s'est également traduite dans les capacités d'hospitalisation, car le nombre de place de chirurgie ambulatoire à l'échelle nationale est passé de 11 522 en 2008 à 16 334 en 2014 – soit +41,8 % – tandis que le nombre de lits d'hospitalisation complète en chirurgie s'est réduit de 86 057 à 73 335 – soit -14,8 %. Le

[21] Italique ajouté à la citation originale.

croisement entre ces données conforte l'argument selon lequel la chirurgie ambulatoire conduit à une réduction globale des capacités d'hospitalisation. Étant donné que le taux de chirurgie ambulatoire en 2014 était de 50,2 %, une moitié des séjours chirurgicaux furent réalisés cette année-là en ambulatoire, et l'autre moitié en hospitalisation complète. Or, le nombre de places de chirurgie ambulatoire en 2014 était 4,5 fois inférieur au nombre de lits d'hospitalisation complète. Le raccourcissement du temps d'hospitalisation associé au virage ambulatoire induit par conséquent un besoin de capacités d'hospitalisation significativement moindre par rapport au cadre d'organisation de l'hospitalisation conventionnelle en chirurgie, puisque le même volume de séjours peut être pris en charge avec 4,5 fois moins de capacités.

Ce phénomène de substitution entre l'hospitalisation complète et l'hospitalisation ambulatoire n'est en revanche pas observable en médecine. En effet, si l'activité d'*hospitalisation de jour en médecine* a bien cru de 2,4 % par an en moyenne entre 2008 et 2014, l'activité complète de médecine a elle aussi continué à augmenter, de 2 % par an sur la même période (CNAMTS, 2017). De la même manière, l'accroissement d'un tiers des places en hôpital de jour de médecine, de 10 683 en 2008 à 14 277 en 2014, n'a pas été concomitant à une réduction des lits d'hospitalisation complète de médecine, dont le nombre s'est élevé de 1,1 %, passant de 115 068 en 2008 à 122 938 en 2014 (CNAMTS, 2017). Pourtant, la CNAMTS (2017) souligne que c'est en médecine que se joue une problématique centrale du virage ambulatoire : la prise en charge des pathologies chroniques. Les pathologies chroniques sont des affections longues, qui évoluent souvent lentement, comme par exemple la pneumopathie obstructive ou le diabète. Si ces maladies n'excluent pas la survenance ponctuelle d'incidents aigus – tels par exemple qu'un infarctus chez un patient souffrant d'insuffisance cardiaque chronique – leur prise en charge requiert surtout des bilans réguliers pour suivre l'évolution de la maladie ainsi que des traitements permanents, le plus souvent sous forme médicamenteuse. La prévalence de plus en plus forte de ces pathologies dans la population générale, en raison notamment de son vieillissement, est observable au niveau mondial (Feigin, 2016; Hunter et Reddy, 2013). Or, le cadre de l'hospitalisation conventionnelle est mal adapté pour répondre aux besoins de santé des patients chroniques, car ceux-ci n'ont en général pas besoin d'une surveillance ou de soins continus sur une courte durée, mais au contraire de bilans, et parfois de soins, réguliers mais épisodiques sur une période longue. Certaines pathologies chroniques ayant des incidences multiples sur la santé du patient, comme le diabète par exemple, nécessitent en outre l'intervention de plusieurs types de professionnels médicaux et non-médicaux de différentes spécialités – par exemple : un diabétologue, un podologue et un nutritionniste – ainsi que des examens de nature diverse. Le cadre conventionnel d'hospitalisation par discipline n'a pas été conçu pour offrir ce type de polyvalence disciplinaire mais pour dispenser des soins spécialisés le plus souvent par organe. Les hôpitaux de jour multidisciplinaires de médecine (HDJMM) apparaissent donc comme une forme alternative d'hospitalisation correspondant aux besoins de santé spécifiques des patients atteints de maladies chroniques.

Il en découle une différence importante entre le virage ambulatoire en chirurgie et en médecine : alors que l'ambulatoire devient, comme nous l'avons vu, le paradigme général de l'hospitalisation en chirurgie, les prises en charge de jour en médecine concernent en priorité un type de pathologies particulier, qui n'était pas nécessairement pris en charge antérieurement en hospitalisation conventionnelle. En effet, les patients chroniques peuvent être suivis soit en ville soit en tant que patients externes, c'est-à-dire non-hospitalisés, dans le

cadre de consultations et d'examens ponctuels délivrés en établissements de santé. Cette différence majeure entre la chirurgie et la médecine peut expliquer pourquoi le phénomène de substitution remarquable en chirurgie ne s'est pas aujourd'hui produit en médecine. Les hôpitaux de jour multidisciplinaires de médecine ne se substituent en effet pas obligatoirement à l'hospitalisation conventionnelle, mais fréquemment aux consultations et soins externes, réalisés en ville ou à l'hôpital.

C'est d'ailleurs par rapport aux consultations et soins externes, et non par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, qu'une première *définition organisationnelle* de l'hospitalisation de jour multidisciplinaire de médecine a été donnée en France, à travers les circulaires dites « frontières » du 31 août 2006 (DHOS, 2006) puis du 15 juin 2010 (DGOS, 2010). L'instruction du 15 juin 2010 (DGOS, 2010) précise comme suit les conditions de prise en charge relevant de l'hospitalisation de jour multidisciplinaire :

> « Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe est un type de synthèse médicale à privilégier. »

Il découle de ce texte que la multiplicité des intervenants – médecins et non-médecins – comme des examens est un prérequis à l'hospitalisation de jour de médecine en France. La visée diagnostique est également clairement privilégiée sur la fonction thérapeutique de ces organisations, puisque les prises en charge en hôpital de jour doivent conduire à un bilan et à l'élaboration d'un protocole de soins qui doivent ensuite être suivis prioritairement en externe, c'est-à-dire en consultations de ville ou hospitalières. En outre, les articles D6124-301 et suivants du Code de la santé publique prévoient que les prises en charge en hôpital de jour ne doivent pas excéder 12 heures, ne doivent pas comprendre d'hébergement, et doivent être réalisées dans des structures dédiées. Ces structures doivent disposer de moyens et de locaux propres à elles, ainsi que d'une organisation formalisée à travers une charte de fonctionnement et conçue de manière à limiter les déplacements du patient. Une charte de fonctionnement doit notamment indiquer les qualifications et les conditions de désignation du médecin coordonnateur de la structure (Article D6124-305 du Code de la santé publique).

Bien que, à la différence de la chirurgie ambulatoire, la médecine de jour concerne un type de pathologies particulier qui n'était pas systématiquement pris en charge jusqu'alors en hospitalisation, le cadre d'organisation de la médecine de jour n'en présente pas moins *les mêmes types de divergences* que celui de la chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. Le décloisonnement disciplinaire dans une unité spécifique y est même une exigence légale. En outre, en médecine de jour également, le rôle de coordination interne de la prise en charge et de liaison avec les structures extrahospitalières échoit le plus souvent en pratique aux cadres soignants gérant ces unités (IGF-IGAS, 2016). Comme en chirurgie, le besoin de coordination des flux de patients et de travail des professionnels est accentué par l'impératif de délai. Les mêmes types de procédures d'anticipation de l'hospitalisation – appel du patient la veille par exemple – de programmation des interventions – non-opératoires dans le cas d'espèce – et de prévision des sorties se retrouvent dans l'hospitalisation de jour en médecine. La question qui se pose alors

pour la médecine est celle de savoir si ces pratiques divergentes par rapport au cadre d'organisation conventionnel peuvent se diffuser, comme en chirurgie, hors de l'unité dédiée à l'ambulatoire, au point de constituer à terme un nouveau paradigme général d'hospitalisation. Comme nous l'avons souligné, cet essaimage est moins évident en médecine, compte tenu du fait que le type de pathologies traité en ambulatoire n'est pas forcément identique à celui des pathologies traitées en hospitalisation complète. Toutefois, il doit être pris en considération que la prévalence relative des pathologies chroniques dans la population augmente, et que par conséquent la proportion des soins médicaux relevant de l'hospitalisation de jour va croissant. En outre, les procédures mises en place pour réduire les durées de séjour et optimiser l'occupation des lits le sont le plus souvent à l'échelle d'un établissement et non de la seule chirurgie. Le cadre d'organisation du juste-à-temps hospitalier peut ainsi doublement pénétrer les services d'hospitalisation complète de médecine : d'une part parce que leurs praticiens sont de plus en plus appelés à intervenir en hôpital de jour, et donc à se confronter à des pratiques divergentes par rapport au cadre conventionnel d'hospitalisation ; d'autre part parce que ces pratiques sont promues généralement dans leur établissement. En somme, bien que la transition entre l'hospitalisation conventionnelle et le virage ambulatoire en médecine semble aujourd'hui en être au stade de l'hospitalisation de jour, et non du changement global de paradigme, un tel changement ne peut être exclu à l'avenir. La terminologie employée par les acteurs du système de santé – chirurgie ambulatoire et médecine de jour – révèle cet écart dans l'avancement de la transition entre les deux secteurs.

En outre, une autre différence avec la chirurgie est à prendre en compte pour appréhender le potentiel de développement de cadres d'organisation ambulatoire en médecine. En effet, comme nous l'avons rappelé plus haut, le virage ambulatoire en chirurgie a été rendu possible par l'arrivée de nouveaux protocoles anesthésiques et opératoires moins lourds. Des progrès techniques impactent également la médecine, notamment en rendant les diagnostics plus précoces et plus fiables, en permettant des consultations à distance, et en faisant émerger, là aussi, des thérapeutiques moins lourdes, administrées par voie orale ou sous-cutanée (IGF-IGAS, 2016). Néanmoins, ces progrès se traduisent moins systématiquement qu'en chirurgie par une *protocolisation*. Si la plus grande variété et complexité des cas peut être une raison de cette absence relative de protocolisation, l'élaboration de référentiels cliniques n'est pas impossible en médecine. La mission de l'IGF et de l'IGAS relative aux prises en charge hospitalières ambulatoires en médecine (IGF-IGAS, 2016) préconisait ainsi la création de tels référentiels de pratiques par la HAS et l'ANAP, sur le modèle du travail conjoint réalisé en 2013 par ces deux organismes sur la chirurgie ambulatoire (HAS-ANAP, 2013). L'étape de protocolisation qui a joué un rôle essentiel dans la diffusion des pratiques ambulatoires en chirurgie restait donc encore à franchir pour la médecine en 2016.

Le *périmètre* même des activités à protocoliser demeurait à préciser. Afin d'amorcer cette réflexion, l'IGF et l'IGAS (IGF-IGAS, 2016) ont proposé une première définition du périmètre des activités de médecine concernées par le virage ambulatoire. Ce périmètre ne comprend que les séjours programmés, c'est-à-dire sans passage aux urgences. Il exclut en outre certains traitements itératifs réalisés en séances, comme la radiothérapie et la dialyse, au motif que ces prises en charge relèvent d'une problématique spécifique de « recours à des plateaux techniques » et de « porosité avec la médecine libérale » (IGF-IGAS, 2016, p. 5). De la même manière, le périmètre retenu par l'IGF et l'IGAS pour le virage ambulatoire en

médecine ne prend pas en compte la médecine interventionnelle, qui regroupe des actes diagnostiques ou thérapeutiques peu invasifs, à la frontière entre la médecine et la chirurgie, comme les endoscopies ou les embolisations. En revanche, la mission IGF et IGAS a inclus dans le périmètre du virage ambulatoire de médecine les séjours appartenant au domaine de la psychiatrie. Au final, le périmètre arrêté par la mission se compose principalement de séances de chimiothérapie, d'oxygénothérapie, et de transfusion sanguine ou d'aphérèse, ainsi que d'une vingtaine de classes de GHM. Parmi ces dernières, trois classes représentaient en 2014 des volumes de plus de 250 000 séjours, tous modes d'hospitalisation confondus : les affection du système digestif, les activités inter-spécialité et l'endocrinologie. Les pathologies cardiovasculaires, la pneumologie, les affections du système nerveux, l'hématologie, l'urologie et la rhumatologie se situaient également autour de 200 000 séjours. Comme l'ont indiqué les auteurs du rapport (IGF-IGAS, 2016) les choix opérés pour circonscrire ce périmètre du virage ambulatoire en médecine sont discutables, et l'objectif de ces auteurs étaient davantage d'engager une réflexion sur la définition de ce périmètre plutôt que de le figer. C'est pourquoi nous nous sommes appuyés sur ces travaux préliminaires pour aborder le virage ambulatoire en médecine, en adaptant toutefois le périmètre d'analyse à celui décrit par les acteurs de terrain que nous avons rencontrés.

En résumé, nous avons vu dans cette section que le virage ambulatoire constituait un cadre d'organisation divergent par rapport au cadre conventionnel d'hospitalisation complète qui s'est instauré depuis l'avènement de la médecine clinique. Ce virage correspond au passage d'une organisation des prises en charge des patients spécialisée par discipline à une gestion en juste-à-temps des flux de patients faisant intervenir plusieurs types de professionnels de santé, appartenant parfois à des spécialités différentes. En conséquence, le virage ambulatoire remet fondamentalement en cause les dispositifs de confinement du patient et de cloisonnement disciplinaire sur lesquels reposait l'hospitalisation conventionnelle. Ce nouveau cadre d'organisation oblige en outre l'hôpital à repenser sa place dans la coordination de prises en charge qui se déroulent en partie hors de ses murs, et donne également un rôle central aux cadres soignants, y compris vis-à-vis des médecins, dans la coordination de ces prises en charge. Toutefois, la transition entre le paradigme de l'hospitalisation conventionnelle et celui de l'hospitalisation ambulatoire s'est faite progressivement en France, ce qui a donné lieu à des cadres d'organisation intermédiaires mis en œuvre dans des structures d'hospitalisation de semaine puis de jour. Cette transition semble être aujourd'hui arrivée au stade du changement de paradigme global en chirurgie, puisque l'hospitalisation ambulatoire sert désormais de cadre d'organisation de référence pour l'ensemble de la chirurgie. Les services de médecine paraissent en revanche se trouver davantage à l'étape intermédiaire de l'hospitalisation de jour, dans laquelle l'ambulatoire est restreint à une ou quelques unité(s). Néanmoins, l'accroissement de la proportion des pathologies chroniques dans les soins médicaux, ainsi que les pratiques de gestion de flux mises en place à l'échelle globale des établissements de santé et non du seul secteur chirurgical, peuvent favoriser la diffusion des pratiques de l'hospitalisation ambulatoire au-delà des hôpitaux de jour, à l'ensemble des services de médecine. Cette diffusion suppose cependant que des protocoles de prise en charge puissent être définis en médecine, à la manière de ceux qui existent en chirurgie, et que le périmètre des activités qui sont prioritairement concernées par le virage ambulatoire soit mieux identifié.

Conclusion du second chapitre

Dans ce chapitre, nous avons expliqué comment notre approche en régime de gouvernementalité de la régulation, développée au premier chapitre, peut s'appliquer au cas du secteur sanitaire français, et en quoi ce cas peut être intéressant pour apporter des éléments de réponses à notre questionnement de recherche. Revenant sur les travaux précédents du CGS concernant les formes de gouvernementalité dans ce secteur (Cazin, 2017; Lenay, 2005), nous avons mis en avant une tendance de long terme à l'hybridation entre ces formes, qui semble s'être accentuée dans les années 2010. Partant de ce constat, nous avons proposé d'envisager les régimes de gouvernementalité sanitaire comme des tentatives d'articulation élaborées et mises en œuvre par les acteurs du système de santé français entre ces formes de gouvernementalité. Cette approche se distingue principalement de celle de Lenay (2005) et de Cazin (2017) par sa focalisation sur les processus que les dispositifs de régulation mettent en mouvement selon une rationalité gouvernementale donnée, ainsi que sur les effets de ces processus sur les organisations régulées et régulatrices.

Nous avons par conséquent abordé le Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé comme une tentative nouvelle d'articulation des formes de gouvernementalité sanitaire. Nous avons montré que cette tentative s'est caractérisée par une planification stratégique englobant la régulation tarifaire, par une contractualisation administrée du taux de chirurgie ambulatoire, et par une mise en réseau d'acteurs co-intervenant dans la gestion du risque économique que représente la maladie. Cette tentative a donné lieu à un régime de régulation multi-niveaux, dans lequel le régulateur primaire est composé de plusieurs directions d'administration centrale ainsi que du principal financeur du système de santé, et les régulateurs secondaires sont constitués par les services déconcentrés du ministère de la Santé et du financeur à l'échelon régional. Cette régulation a en outre été tripartite sur l'un des axes du Plan triennal relatif au « virage ambulatoire et [à l']adéquation de la prise en charge en établissement ». Cet axe a principalement mobilisé des dispositifs de régulation souple, visant à orienter l'autorégulation des hôpitaux vers l'adoption d'un nouveau cadre d'organisation, dans une logique de méta-régulation. Ces dispositifs ont été conçus et déployés par l'ANAP, sur sollicitation des régulateurs primaires et en collaboration avec les régulateurs secondaires. Ces dispositifs se composaient de trois modalités d'appui – le mentorat, les transferts de compétences et les cercles – ainsi que de deux types d'outils : thématiques et de monitorage. Ces modalités comme ces outils étaient souples et réactifs, dans la mesure où les établissements régulés pouvaient faire le choix de les utiliser ou non, et où ces dispositifs pouvaient être adaptés en fonction des besoins des établissements. L'ANAP est donc bien intervenue, dans le cadre du Plan triennal, comme un intermédiaire, c'est-à-dire comme une tierce partie entre régulateurs et régulés agissant selon des principes de souplesse et non de contrainte.

Le cadre d'organisation porté par cet intermédiaire à cette occasion, celui de l'hospitalisation ambulatoire, représente en outre un cadre d'organisation divergent par rapport au cadre conventionnel de l'hospitalisation complète. L'implantation du cadre ambulatoire dans le champ sanitaire français était toutefois différente, au moment où a eu lieu

l’action de l’ANAP, en chirurgie et en médecine. Alors qu’en chirurgie ce cadre semblait déjà bien pouvoir fournir un paradigme pour l’organisation de l’hospitalisation dans son ensemble, le virage ambulatoire en médecine concernait surtout les unités de jour. La participation de l’ANAP au Plan triennal 2015-2017 offre ainsi un cas de régulation souple intermédiée visant la diffusion d’un cadre d’organisation divergent dans un secteur et dans un pays où a émergé un nouveau régime de gouvernementalité de la régulation. Ce cas représente par conséquent un terrain potentiellement fertile pour chercher des réponses à notre questionnement de recherche. Aussi allons-nous voir au chapitre suivant par quelles méthodes nous avons choisi d’aborder ce terrain.

Chapitre 3 : Une méthodologie de recherche-intervention

Conformément aux principes de la recherche-intervention telle qu'elle a été expérimentée par le CGS depuis les années 1970 à l'hôpital (Moisdon, 2015), notre questionnement est parti des problématiques concrètes rencontrées par notre partenaire de recherche, en l'occurrence : l'ANAP. Ainsi que nous l'avons indiqué à la fin de la seconde section du chapitre précédent, l'implication en tant qu'intermédiaire dans la régulation sanitaire était une situation nouvelle pour cette agence. Aussi devions-nous d'abord investiguer les raisons qui avaient conduit au recours à cet intermédiaire sur un axe particulier – celui du « virage ambulatoire et [de l']adéquation de la prise en charge en établissement » – du Plan triennal. Pourquoi les régulateurs primaires du secteur sanitaire étaient-ils passé d'une rationalité de type cybernétique (Hood et al., 2001) employant principalement des instruments tarifaires (Moisdon, 2012, 2013) à une planification stratégique mobilisant sur un axe des dispositifs de régulation souple intermédiée ? L'explication des transformations intervenues dans la régulation sanitaire en France à l'occasion du Plan triennal constituait ainsi la première question de recherche (QR1) à laquelle nous devions répondre. En outre, l'ANAP était, dès le lancement du Plan triennal, soucieuse de prouver sa valeur ajoutée dans ce Plan. La démonstration de cette valeur ajoutée devait passer, selon la direction générale de l'ANAP alors en place, par l'obtention de résultats opérationnels dans les établissements que l'agence accompagnait.

Cette préoccupation mettait donc au premier plan la question de la mesure des effets sur les établissements régulés des dispositifs de régulation souple portés par l'ANAP. Toutefois, comme nous l'avons explicité dans le chapitre précédent, l'examen des effets des dispositifs d'action publique suppose au préalable d'en connaître les principes actifs. Aussi la compréhension des mécanismes par lesquels la régulation souple intermédiée opère a-t-elle représenté pour nous une deuxième question de recherche (QR2). Puisque notre QR1 visait à dévoiler le changement de rationalité gouvernementale qui avait entraîné la création de dispositifs nouveaux d'action publique dans le champ sanitaire français, et que notre QR2 avait pour but d'identifier les processus déclenchés par ces dispositifs, les éléments de réponses que nous souhaitions trouver pour ces deux questions devaient nous permettre de décrire le régime de gouvernementalité de la régulation sanitaire propre à l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal. Seulement alors pouvions-nous aborder, en troisième lieu, la question des effets de ce régime (QR3) pour les établissements régulés. De surcroît, l'ANAP s'enquit également de la pertinence de son action pour les régulateurs primaires et secondaires. La question des effets des dispositifs d'intermédiation sur les organisations régulées (QR3A) se doublait par conséquent de celle de leurs effets sur les organisations régulatrices (QR3B). Nous précisons dans ce chapitre les méthodes que nous avons employées pour répondre à chacune de ces composantes de notre questionnement. Nous commençons par décrire – en section 1 – le design général de notre recherche en termes de positionnement du doctorant dans l'organisation partenaire et de cadre méthodologique global. Nous détaillons ensuite – dans les sections 2 à 4 – les méthodes que nous avons employées pour traiter chaque question de recherche.

Section 1 : Design général de la recherche

La recherche-intervention présente deux particularités majeures par rapport aux autres postures de recherche en sciences de gestion. D'une part, elle implique un positionnement de type ethnographique selon lequel le chercheur travaille pour et dans l'organisation qu'il observe (Moisdon, 2015). Il convient donc en premier lieu de rendre compte du positionnement qui a été celui du doctorant à l'ANAP au cours de la présente recherche. D'autre part, la recherche-intervention amène le plus souvent à collecter et à traiter différents matériaux, à la fois quantitatifs et qualitatifs, provenant de multiples sources, et analysés selon plusieurs méthodes (David, 2012a; Kletz, 2018). Il est par conséquent également nécessaire de dresser, dans un second temps, la cartographie générale des matériaux et méthodes qui ont été mobilisés pour chercher des réponses aux questions de recherche énoncées en introduction.

Positionnement du doctorant au sein de l'organisation partenaire de la recherche

La plupart des recherche-interventions menées par le CGS sont nées d'une demande de l'organisation partenaire (Kletz, 2018; Moisdon, 2015). Le cas du partenariat de recherche entre le CGS et l'ANAP a été, de ce point de vue, original, puisque c'est *un salarié de l'agence*, désirant suivre le programme doctoral du CGS, qui a été à l'initiative de ce partenariat. Contrairement aux interventions conduites par le CGS dans d'autres organisations, celle qui s'est déroulée à l'ANAP ne partait donc pas d'un besoin exprimé par des cadres dirigeants de l'organisation, mais d'une proposition faite par un salarié de cette organisation à son employeur et au CGS. Pour autant, lorsque cette proposition a été formulée à l'automne 2014, il n'en existait pas moins un « sentiment d'inconfort » (Hatchuel et Molet, 1986, p. 181) dans l'organisation partenaire de la recherche. Ce sentiment n'était pas lié à la perception de dysfonctionnements internes, mais aux difficultés que la direction de l'ANAP rencontrait parfois pour faire comprendre en externe la notion d'appui ou d'accompagnement, qui caractérisait l'activité spécifique de l'ANAP. Notamment, la direction de l'ANAP avait particulièrement ressenti cette difficulté à l'occasion d'une mission d'inspection qui avait examiné les actions conduites par l'ANAP dans le cadre d'un programme antérieur, celui des Projets performances. C'est pourquoi la convention de partenariat signée entre le CGS et l'ANAP le 30 octobre 2014 portait sur le rôle des agents externes tels que l'ANAP dans « l'accompagnement des transformations organisationnelles à l'hôpital ». L'objectif stratégique poursuivi par la direction générale de l'ANAP en acceptant cette convention était de pouvoir mettre en évidence, selon des procédés académiquement reconnus, l'importance d'accompagner les établissements de santé dans les changements organisationnels qu'ils connaissaient. Sur le plan opérationnel, la recherche devait permettre d'identifier différents types de situations de changement dans les hôpitaux ainsi que les modalités d'intervention de l'ANAP les plus adaptées pour chacun de ces types.

L'accompagnement du virage ambulatoire des établissements de santé n'était alors mentionné dans la convention de partenariat que comme l'un des terrains possibles de la recherche. En effet, à cette période, la participation précise de l'ANAP au Plan triennal demeurait encore à définir. Ce n'est qu'au premier semestre 2015, lorsque les modalités et le volume en jours-hommes de cette participation furent précisés, que la contribution de l'ANAP à l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal apparut comme le terrain potentiellement le plus riche pour aborder la question de l'appui de l'ANAP aux transformations organisationnelles à l'hôpital. D'une part car cette contribution allait absorber la moitié des ressources financières et humaines de l'agence pour les trois années à venir. D'autre part car cette nouvelle mission confiée à l'ANAP représentait un accompagnement d'une ampleur inédite tant par le nombre d'établissements aidés, par le nombre de thématiques couvertes et par le nombre d'interactions de l'ANAP avec le niveau central et déconcentré de régulation sanitaire (ANAP, 2017). Le choix de ce terrain demandait de resituer la problématique de l'accompagnement par l'ANAP des transformations organisationnelles à l'hôpital dans celle de la régulation sanitaire, puisque l'ANAP y était dorénavant impliquée. C'est alors que le questionnement de recherche s'est centré sur les effets de l'intermédiation dans la régulation souple. Cette énonciation correspondait à une mise en théorie de la problématique de terrain vécue par l'organisation partenaire de la recherche (David, 2012b). Toutefois, comme nous l'avons déjà noté au paragraphe précédent, cette problématique n'était pas interne à cette organisation mais extérieure à elle, puisqu'il s'agissait de comprendre et de rendre compte des effets de l'action de cette organisation sur d'autres organisations – régulées et régulatrices. Ce qu'il s'agissait d'observer se produisait par conséquent majoritairement hors de l'organisation partenaire. Même l'observation du fonctionnement interne de l'ANAP n'avait d'intérêt pour ce questionnement de recherche que dans la mesure où elle pouvait révéler les conditions dans lesquelles avaient été conçues et mises en œuvre les actions conduites par l'ANAP auprès d'autres organisations. Ce *caractère extraverti de l'observation* constituait une seconde différence avec les recherches-interventions menées antérieurement par le CGS, dans lesquelles le chercheur observait prioritairement l'organisation pour laquelle il travaillait (Moisdon, 2015). Néanmoins, l'objectif de cette observation était bien d'assister l'organisation partenaire dans un processus de prise de décision sur ses propres actions (Hatchuel et Molet, 1986), bien que celles-ci se fissent au profits d'autres qu'elle-même.

En outre, cette observation externe à l'organisation partenaire se mit en place progressivement, à l'aune des évolutions du positionnement du doctorant au sein de l'ANAP. En effet, la convention de partenariat ne comprenait pas de clause sur l'affectation du doctorant dans les équipes de l'ANAP. Celui-ci a conservé le *statut de chef de projet*, employé en contrat à durée indéterminée, dont il bénéficiait avant la signature de la convention. Le doctorant est également demeuré affecté au pôle Déploiement de l'ANAP, qui avait en charge la coordination des actions réalisées par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal. C'est donc en tant que chef de projet travaillant dans le pôle Déploiement que le doctorant a été associé aux premières réunions internes à l'ANAP relatives au Plan triennal. Le doctorant a ainsi été convié au séminaire de février 2015 consacré à la définition des modalités de participation de l'ANAP au Plan triennal, car il avait expérimenté en 2013 et 2014, comme chef du Plan national de déploiement de la comptabilité analytique hospitalière, une des modalités de déploiement possibles pour ce Plan : celle des cercles. Une fois les

modalités d'accompagnement par l'ANAP du Plan triennal arrêtées, le doctorant eut la responsabilité, jusqu'en juin 2016, du lancement des cercles dédiés aux thématiques du virage ambulatoire. C'est à ce titre que le doctorant a assisté aux réunions hebdomadaires entre la direction générale de l'ANAP et l'ensemble des managers et chefs de projets de l'ANAP travaillant sur le Plan triennal. Le doctorant contribuait en outre, de manière secondaire, à l'organisation et à l'animation des séminaires trimestriels dédiés aux ROP. D'octobre 2014 à juin 2016, c'est ainsi avant tout en raison de ses responsabilités opérationnelles au sein de l'ANAP que le doctorant put observer la mise en œuvre de l'accompagnement du Plan triennal par cette agence. Cette première série d'observations eut principalement lieu à l'intérieur de l'ANAP, même si le doctorant eut également l'opportunité de participer aux séminaires des ROP ainsi qu'aux premiers cercles tenus pour le Plan triennal. Durant cette période, le doctorant pu néanmoins débuter ses investigations hors de l'ANAP, d'abord auprès des pilotes nationaux du Plan pour comprendre les transformations de la régulation qui avait conduit à l'implication de l'ANAP dans ce Plan – QR1– puis auprès d'établissements pour modéliser le fonctionnement des mécanismes de régulation de ce Plan dans les organisations régulées – QR2.

Au cours du premier trimestre 2016, la structuration interne des équipes de l'ANAP mobilisées sur le Plan triennal attint sa forme définitive, comprenant un noyau de quelques personnes affectées au pilotage des différentes actions de l'ANAP sur ce Plan. Compte tenu de la montée en charge du travail de collecte et de traitement des données propre à la recherche, et aussi des contributions potentielles des résultats de celle-ci pour le pilotage des actions de l'ANAP relatives au Plan triennal, le doctorant fut appelé à rejoindre cette petite *équipe de pilotage* par le manager responsable de la coordination des actions de l'ANAP pour le Plan. Cette équipe était constituée d'un chef de projet, d'un responsable des données de reporting, d'un responsable du Macrodiag, d'une assistante de projet et du doctorant. Elle se réunissait en général une fois par semaine. En outre, le doctorant était régulièrement convié aux réunions hebdomadaires de l'équipe gérant le mentorat ; il y participa surtout en 2017, pour la préparation du bilan de cette modalité. De mi-2016 à fin 2017, le doctorant pu par ailleurs continuer ses observations auprès des pilotes nationaux du Plan et d'établissements de santé participant à ce Plan. Il fut également sollicité par le chef de projet de l'équipe pilotage pour préparer le recueil de données auprès des ROP et analyser les monographies de la déclinaison régionale du Plan rédigées par l'ANAP. Le doctorant produisit aussi durant cette période des études statistiques sur l'évolution des établissements accompagnés par l'ANAP quant aux indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine. Enfin, il participa à la phase d'évaluation de l'accompagnement de l'ANAP en proposant une méthode d'identification de la progression des établissements de santé dans le virage ambulatoire, en concevant et administrant un questionnaire à destination des CPO et de leurs équipes, dont il analysa ensuite les résultats, ainsi qu'en réalisant une étude sur le lien entre les pratiques identifiées dans le Macrodiag et l'état d'avancement des établissements de santé dans le virage ambulatoire.

Le doctorant fit quatre restitutions des travaux de recherche à la direction du pôle Déploiement et à la direction générale de l'ANAP. Lors de la première restitution, du 23 novembre 2016, le doctorant présenta les résultats des observations menées jusqu'alors dans les établissements de santé. Lors de la seconde restitution, le 2 février 2017, le doctorant exposa principalement les résultats des analyses statistiques sur les données disponibles à

cette date. La troisième restitution, le 12 juin 2017, fut une synthèse des avis recueillis au sujet de l'ANAP auprès des pilotes nationaux du Plan. Enfin, la quatrième restitution, du 30 janvier 2018, porta notamment sur l'analyse des résultats du questionnaire renseigné par les CPO et leurs équipes ainsi que sur les premiers résultats de l'étude réalisée à l'aide du Macrodiag. Les résultats de cette étude avaient auparavant été présentés, le 30 novembre 2017, aux référents thématiques qui y avaient participé.

La position du doctorant passa ainsi de celle de chef de projet collectant majoritairement des données internes à l'ANAP dans le cadre de ses responsabilités opérationnelles à celle d'apprenti chercheur intégré dans l'équipe de pilotage du Plan. Dans cette seconde posture, la fonction du doctorant consista principalement à fournir à l'équipe de pilotage des analyses de données fondées sur des méthodes qualitatives et quantitatives reconnues en sciences de gestion. Conformément au principe de scientificité de la recherche-intervention (David, 2012a), le doctorant était ainsi placé dans une posture d'analyse critique des faits lui permettant de contrôler durant l'intervention les conditions de production de connaissances en référence aux critères de validité utilisés dans sa discipline. L'évolution du positionnement du doctorant au sein de l'ANAP révèle par conséquent une *redéfinition de son rôle au sein de l'organisation partenaire*, qui correspond à la fois à une re-subjectivation et à une ré-objectivation. En effet, à mesure que le doctorant suivait le cursus doctoral en gestion de Mines ParisTech, et qu'il mettait en application les méthodes de collecte et de traitement des données apprises dans ce cursus, son *êthos* professionnel s'apparentait de plus en plus à celui d'un chercheur. Cette reconversion a été facilitée par la reconnaissance institutionnelle de ce rôle, à compter de la seconde moitié de l'année 2016. Le nouveau positionnement du doctorant dans les équipes de l'ANAP rendait objective cette re-subjectivation personnelle.

En somme, en dépit de son originalité initiale, tenant à la provenance de la demande de partenariat ainsi qu'à son caractère extraverti, la démarche de recherche-intervention conduite par le CGS et l'ANAP a, dans son ensemble, suivi les mêmes étapes essentielles que celles relatées dans la littérature. Cette démarche est partie d'un sentiment d'inconfort de l'organisation (Hatchuel et Molet, 1986) vis-à-vis de ses interlocuteurs externes. Ce sentiment a été rationnalisé à travers une conceptualisation du problème formulée en termes théoriques (David, 2012b). Des solutions à ce problème ont ensuite été recherchées à travers la fourniture d'outils d'analyse et d'aide à la décision (Hatchuel et Molet, 1986) s'appuyant sur des conditions de production des connaissances reconnues scientifiquement (David, 2012a). Plusieurs moments de restitution des travaux ont également créé la possibilité d'un apprentissage croisé entre l'équipe de chercheurs – composée du doctorant et de ses directeurs de thèse – et l'organisation partenaire, qui pouvait dès lors se saisir des savoirs produits par la recherche pour modifier les actions qu'elle mettait en œuvre (Hatchuel et Molet, 1986). Ainsi que le soulignent Hatchuel et Mollet (1986) comme David (2012a), il était important, pour répondre au sentiment d'inconfort initial du partenaire de recherche, que ces travaux se fondent sur des méthodes valides dans le champ disciplinaire de la recherche en gestion. La multiplicité des questions découlant de ce sentiment d'inconfort, et des sources à interroger pour contribuer à le résoudre, a nécessité le recours à différents modes de collecte et de traitement des données, ainsi qu'il est également habituel en recherche-intervention (David, 2012a).

Cartographie des matériaux et méthodes utilisés

Nous exposerons en détail dans les sections suivantes du présent chapitre comment nous avons abordé chacune de nos questions de recherche. Toutefois, ces questions étant liées entre elles, il importe de donner au préalable la vision globale de notre méthodologie. Le tableau 3.1 ci-après synthétise l'ensemble des méthodes employées au cours de notre recherche-intervention. En effet, nos trois questions de recherche n'appelaient pas nécessairement les mêmes sources, ni les mêmes modes de collecte et de traitement des données. Néanmoins, l'*imbrication de ces questions* impliquait que les résultats obtenus sur une question pouvaient également fournir des éléments de réponses aux autres questions. Notre première question (QR1), relative à l'explication de la transformation de la régulation hospitalière, demandait d'interroger tout d'abord les personnes qui avaient participé à la conception et au pilotage du Plan triennal, c'est-à-dire les acteurs participant à l'ensemble des instances mentionnées dans le tableau 2.2 présenté au chapitre précédent. Puisqu'il s'agissait d'une question ouverte, nous avons privilégié des entretiens semi-directifs ainsi qu'un mode inductif de codage, suivant la méthode de théorisation ancrée proposée par Gioia, Corley, et Hamilton (2013). Cette première série d'entretiens nous a aussi permis d'obtenir des informations pertinentes pour notre deuxième question de recherche, portant sur le fonctionnement du régime nouveau de régulation.

Nous avons donc agrégé les données collectées spécifiquement pour la QR1 à celles recueillies pour la QR2 et poursuivi leur codage inductif en étendant notre arbre de codage afin de répondre à la QR2. Cette seconde série de données comprenait principalement des entretiens semi-directifs auprès d'équipes responsables de la mise en œuvre des feuilles de route opérationnelles dans trois établissements participant au mentorat, ainsi que des données concernant les régulateurs secondaires. En sus de compléter la structure générale des données qualitatives de notre étude, cette seconde série de données nous a amenés à modéliser le fonctionnement du régime de régulation, en utilisant des méthodes matricielles de codage (Miles et al., 2014). De la même manière, les entretiens conduits dans deux établissements pour illustrer les réponses trouvées à la question des effets sur les établissements régulés (QR3A) ont été intégrés dans la même structure générale de données qualitatives. À l'issue de ces trois vagues d'entretiens, c'est donc cette structure totale, progressivement colligée de 2015 à 2017, que nous avons employée pour rendre compte, sous forme de processus (Langley, 1999), des différentes étapes de la transformation de la régulation qui s'était déroulée sur cette période (QR1).

Tableau 3.1 : Carte des méthodes

Questions de recherche (QR)	Sources	Modes de collecte	Traitement des données
QR1 : Comment expliquer la transformation de la régulation sanitaire ?	Régulateurs primaires (DSS, DGOS, SG, CNAMTS) et intermédiaire de régulation (ANAP)	Entretiens semi-directifs (10 entretiens, 12 personnes) et observation participante aux réunions d'équipes internes à l'ANAP	Codage inductif (Gioia et al., 2013) à l'aide du logiciel N-Vivo 10 et formalisation du processus de transformation (Langley, 1999)
QR2 : Comment cette régulation opère-t-elle ?	Établissements régulés (N =3), régulateurs secondaires – ARS et CRAM – (N =14), ANAP	Entretiens semi-directifs individuels (23, dans 3 hôpitaux) feuilles de route et comptes-rendus des consultants ANAP, comptes-rendus d'entretiens avec les régulateurs secondaires (14 entretiens, 20 personnes) et monographies régionales produites par l'ANAP, observation participante aux séminaires ARS	Codage matriciel (Miles et al., 2014) à l'aide du logiciel N-Vivo 10
QR3 : Quels en sont les effets pour les organisation régulées (A) et régulatrices (B) ?	Bases de données nationales (SAE, PMSI, ANCRE, RTC) et établissements régulés (N =116 et N = 113 par questionnaires ; N = 2 par études de cas)	Interrogation des bases de données accessibles en ligne via DIAMANT ou Hospi Diag, questionnaires en lignes, entretiens semi-directifs (12 entretiens, 14 personnes, dans 2 hôpitaux)	Différence des différences en appariement (Desplatz et Ferracci, 2016), analyse configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009), et modélisation sur données de panel (Hsiao, 2014)

En outre, répondre à la question des effets du régime de régulation sur les établissements régulés (QR3A) a requis l'emploi d'autres *méthodes, quantitatives et qualitatives*. Pour les méthodes quantitatives, nous avons interrogé différentes bases de données statistiques nationales, à l'aide de deux requêteurs : l'un construit par les ARS (DIAMANT) et l'autre (Hospi Diag) alimenté par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les informations que nous avons utilisées se trouvaient dans quatre bases de données accessibles via ces requêteurs : 1. la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) produite par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé ; 2. le PMSI ; 3. la plateforme Application nationale compte financier rapport infra-annuel des états prévisionnels des recettes et des dépenses (ANCRE) ; et 4. le Retraitement comptable (RTC). Le PMSI, la plateforme ANCRE et le RTC sont tous trois gérés par l'ATIH. Pour les méthodes qualitatives, en sus des données

collectées pour les QR 1 et 2, nous avons administré un questionnaire à destination des CPO et des équipes projet des établissements de santé ayant suivi le programme du mentorat proposé par l'ANAP, grâce auquel nous avons pu traiter les réponses de 116 établissements. Nous avons également mobilisé les données de 113 des 145 établissements qui avaient répondu à l'ensemble des questionnaires thématiques de la seconde compagne de renseignement du Macrodiag. Les résultats de ces questionnaires n'ont pas été ajoutés à notre structure globale des données qualitatives en raison du format majoritairement fermé des questions, mais ont servi les analyses configurationnelles comparative mentionnées au paragraphe suivant. Enfin, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs dans deux établissements de santé supplémentaires, ayant tous deux participé au programme de mentorat de l'ANAP mais présentant des résultats très contrastés en termes de progression dans le virage ambulatoire. Comme nous l'avons déjà indiqué, ces dernières données d'entretien ont en revanche bien été incluses dans notre structure globale des données qualitatives.

Afin de comprendre notre analyse des données collectées pour la QR3, il est important de préciser que les effets des politiques publiques peuvent être appréciés à deux niveaux (SGMAP, 2015) : celui des résultats et des impacts. L'analyse des résultats mesure le degré de réalisation des objectifs des politiques publiques en vue de juger de l'*efficacité* de ces politiques. L'analyse des impacts consiste quant à elle à jauger les réponses apportées par une politique publique aux besoins de ses parties prenantes. Elle questionne par conséquent l'*utilité* des politiques publiques. Suivant ces deux niveaux, nous avons tout d'abord essayé d'évaluer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal en matière de progression des établissements accompagnés par l'ANAP dans le virage ambulatoire, à l'aide des méthodes usuelles fondées sur la comparaison avec une situation contrefactuelle dans laquelle l'intervention publique n'aurait pas eu lieu (Desplatz et Ferracci, 2016). Compte tenu que les établissements qui ont participé à ces dispositifs n'ont pas été sélectionnés aléatoirement, nous avons choisi des méthodes de construction du contrefactuel permettant de prendre en compte ce biais de sélection initial : les différences de différences (Bertrand et al., 2004) et l'appariement (Caliendo et Kopeinig, 2008). Toutefois, ces méthodes visent uniquement à estimer l'effet d'une politique publique ; elles ne permettent pas de connaître les facteurs de succès ou d'échec de cette politique (Desplatz et Ferracci, 2016). Elles doivent donc être complétées par des analyses causales quantitatives ou qualitatives. Compte tenu de la complexité causale à traiter dans notre étude (Misangyi et al., 2017), nous avons privilégié un approche configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009) dans le but d'identifier les conditions nécessaires et suffisantes à l'adoption du cadre d'organisation ambulatoire ainsi que les conditions nécessaires et suffisantes au maintien du cadre d'hospitalisation conventionnel. Cette approche constitue une voie médiane entre les démarches explicatives quantitatives et qualitatives habituelles (Desplatz et Ferracci, 2016).

Nous avons ensuite traité la question des impacts du virage ambulatoire sur les différentes parties prenantes du système de santé : les financeurs, les patients et les personnels. Compte tenu de la rationalité économique qui a présidé à la conception et à la mise en œuvre du Plan triennal, nous avons concentré l'analyse des impacts sur la réponse aux besoins de soutenabilité financière du système de santé. Nous avons par conséquent évalué, en différence des différences, l'utilité de l'action de l'ANAP pour le maintien de l'équilibre financier des établissements qu'elle a accompagné. Afin d'expliquer ces résultats, nous avons également testé, à l'aide d'une modélisation économétrique sur données de panel (Hsiao, 2014), la

pertinence de la causalité entre le virage ambulatoire et l'équilibre financier des établissements de santé initialement posée par le régulateur. Nous avons en outre extrait de notre structure générale de données qualitatives les éléments relatifs à la perception des impacts du virage ambulatoire pour les personnels des établissements de santé et pour leurs patients, telle qu'exprimée par les professionnels de santé que nous avons interrogés. Dans son ensemble, l'évaluation des résultats et des impacts du virage ambulatoire dans le cadre du Plan triennal nous a permis de formuler des recommandations à l'attention des régulateurs et de l'intermédiaire mettant en œuvre des dispositifs souples de régulation, soulignant ainsi les effets des régimes de régulation souple intermédiée pour les organismes de régulation (QR3B).

En synthèse, nous avons donc collecté et analysé trois types de données au cours de notre recherche-intervention : 1. des données textuelles, sous forme de transcriptions ou de notes d'entretiens semi-directifs, de notes d'observation prises lors des réunions ainsi que des séminaires organisés par l'ANAP, et de rapports ou de comptes-rendus de réunions ; 2. des données de questionnaires, sous forme de réponses à des questions majoritairement fermées ; et 3. des données statistiques. Nous avons colligé les données textuelles dans une structure globale de données qualitatives, que nous avons codée de manière inductive afin d'isoler les éléments qualitatifs de réponses à l'ensemble de nos questions de recherche. En sus de ces éléments, nous avons apporté des réponses à la question des effets de la régulation souple intermédiée (QR3) en traitant les données de questionnaires en analyse configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009) et les données statistiques selon différentes méthodes d'évaluation quantitative des résultats et des impacts des politiques publiques. Bien que nous ayons posé, dès l'introduction générale, la question des effets de la régulation souple intermédiée (QR3) comme centrale, nous avons également explicité dans la présentation de notre approche en régimes de gouvernementalité pourquoi la question des transformations de la régulation et de son fonctionnement constituent des questions préalables à celle des effets. C'est en rendant compte de la transformation de la régulation et de sa rationalité sous-jacente (QR1) que le fonctionnement du régime de régulation ainsi créé a pu être compris (QR2), et c'est seulement après avoir modélisé ce fonctionnement que les effets de celui-ci ont pu être examinés (QR3). Les résultats de la QR1 ont donc servi à construire le cadre de réponse à la QR2, dont les résultats ont permis d'appréhender la QR3. En sens inverse, l'analyse des effets de la régulation souple intermédiée (QR3) nous a conduits à juger de l'efficacité et de l'utilité de son fonctionnement (QR2) et nous a aidé à comprendre comment la régulation sanitaire s'était transformée du début à la fin du Plan triennal (QR1).

Au global, l'évolution du positionnement du doctorant au sein de l'organisation partenaire a par conséquent permis le recueil de différents types de données, à la fois qualitatives et quantitatives, portant sur le fonctionnement interne de l'ANAP et sur ses interactions avec les autres acteurs du système de santé dans le cadre du Plan triennal. Cet ensemble de données couvre tous les niveaux de régulation, depuis le régulateur primaire jusqu'aux établissements régulés, en passant par les régulateurs secondaires et l'intermédiaire. Si le positionnement initial du doctorant favorisait l'observation participante aux réunions et séminaires organisés par l'ANAP, la collecte de données auprès des autres acteurs du Plan triennal est montée en charge, notamment à partir de l'affectation du doctorant dans l'équipe de pilotage ANAP du Plan. *In fine*, les données qualitatives et quantitatives collectées et traitées au cours de cette

recherche-intervention proviennent ou concernent principalement d'autres organisations que l'ANAP. Si cette orientation vers l'extérieur de l'organisation partenaire peut constituer une originalité par rapport au design habituel de la recherche-intervention (Moisdon, 2015), cette originalité découle du respect du principe fondamental de la recherche-intervention : partir de la problématique de gestion exprimée par les acteurs de terrain avec lesquels le chercheur travaille. Puisque le sentiment d'inconfort (Hatchuel et Molet, 1986) éprouvé par la direction de l'ANAP au début de la recherche ne relevait pas de la perception d'un disfonctionnement interne mais d'un souci de faire comprendre l'action de l'agence aux autres acteurs du système de santé, la focale de la recherche a porté prioritairement sur l'analyse des interactions de l'ANAP avec ces acteurs. La redéfinition du rôle du doctorant au sein de l'organisation partenaire vers celui d'apprenti-chercheur devant fournir un regard critique et scientifiquement fondé (David, 2012a) sur ces interactions est ainsi la conséquence logique du besoin formulé au commencement de la recherche par la direction générale de l'ANAP. Comme dans de nombreuses recherche-interventions, cet apprenti-chercheur et ses directeurs de thèse ont dû mobiliser une palette méthodologique large pour traiter l'imbrication de questions de recherche traduisant en termes théoriques cette problématique de terrain (David, 2012b). Nous avons voulu donner dans cette section la vision d'ensemble de cette palette, afin de présenter comment ses différentes composantes ont été articulées. Nous allons maintenant rentrer plus en détail dans la description de chacune de ces composantes, en exposant de manière plus précise comment nous avons obtenus des éléments de réponses à chaque question de recherche.

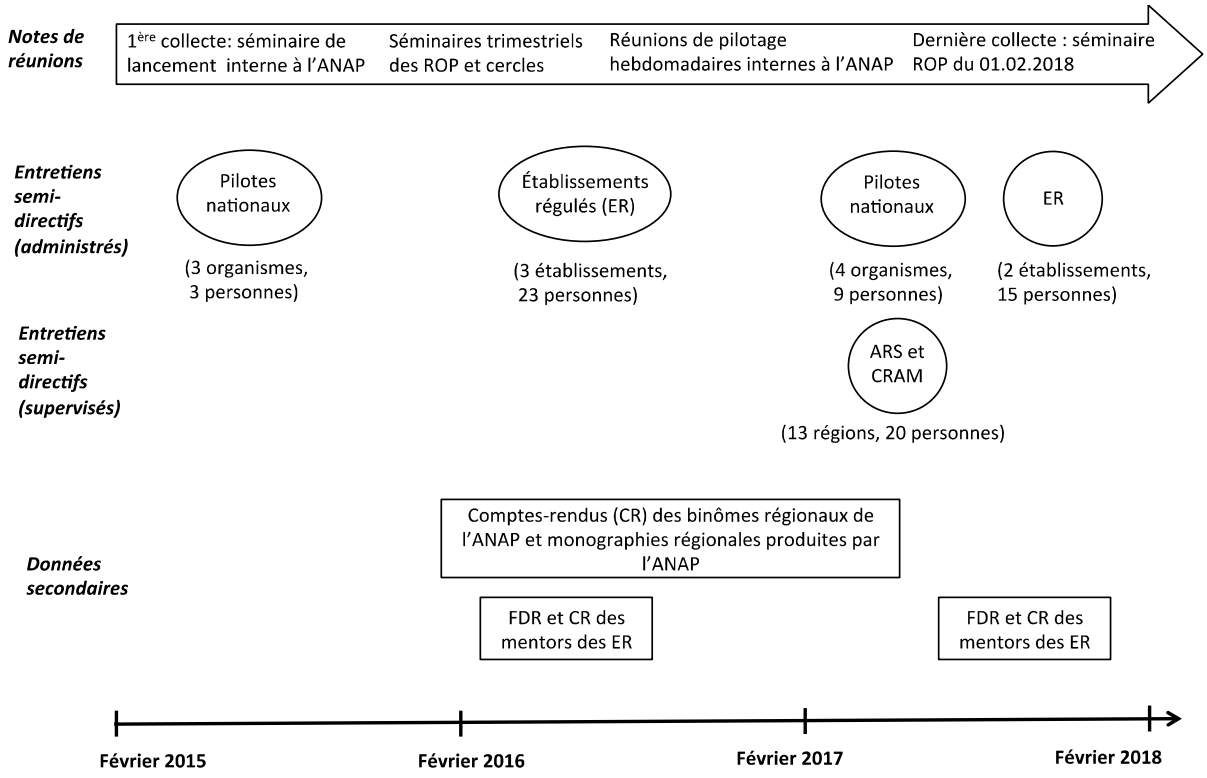
Section 2 : Expliquer la transformation de la régulation (QR1)

Notre première question de recherche (QR1) visait à expliquer la transformation de la régulation sanitaire qui a eu lieu au cours du Plan triennal. Cette question impliquait une approche longitudinale de notre terrain en temps réel (Pettigrew, 1990) afin de pouvoir rendre compte du déroulement de cette transformation. Il s'agissait en outre de retracer ce processus de transformation de manière inductive, c'est-à-dire d'en proposer une formalisation théorique fondée sur les données empiriques recueillies (Langley, 1999). Nous avons par conséquent suivi une méthode de théorisation inductive conçue pour la recherche sur les organisations : celle élaborée par Gioia, Corley et Hamilton (2013). Ces auteurs préconisent la constitution d'une structure de données composée de différents niveaux d'abstraction, afin de rendre compte des opérations de conceptualisation réalisées par le chercheur sur la base des données de terrain. Nous allons donc d'abord indiquer comment ces données ont été collectées tout au long du Plan triennal, puis comment nous avons progressivement construit la structure générale à partir de laquelle nous avons formalisé le processus de transformation de la régulation que nous avons observé.

Collecte longitudinale des données

La figure 3.1 ci-dessous présente le déroulé chronologique de la collecte des données employées pour répondre à la QR1. Ces données textuelles ont été de trois types. Le positionnement initial du doctorant à l'ANAP a tout d'abord facilité de recueil de *notes d'observation* prises lors de réunions internes à l'ANAP, de séminaires des ROP et de cercles. Cette prise de notes, étalée sur toute la durée du Plan triennal, a débuté lors du séminaire de février 2015 consacré à la réflexion interne à l'ANAP sur son rôle dans la mise en œuvre du Plan, et s'est achevée lors du dernier séminaire des ROP, qui s'est tenu le 1er février 2018. Nous avons signalé dans la figure 3.1 ces prises de notes par une flèche unique en raison de la continué de ce mode de collecte sur toute la période d'observation.

Figure 3.1 : Chronologie de la collecte des données textuelles



Les *entretiens semi-directifs* ont quant à eux été organisés par séries successives de quelques mois chacune, indiquées par des bulles. Ces entretiens ont commencé avec les personnes pilotant nationalement le Plan en avril 2015 et se sont achevés en novembre 2017 dans le dernier des cinq établissements régulés que nous avons inclus dans l'étude. L'ensemble des entretiens semi-directifs auprès des pilotes nationaux et des établissements régulés ont été conduits par le doctorant, qui en a assuré l'organisation, l'administration, l'enregistrement et la transcription écrite. Concernant le niveau des régulateurs secondaires,

en revanche, étant donné que l'ANAP avait confié à des consultants externes la mission d'interroger des porteurs du Plan en régions pour son rapport trimestriel de mai 2017 sur l'accompagnement du Plan triennal, l'équipe de pilotage interne à l'ANAP jugea redondant que le doctorant réalise lui aussi des entretiens à ce niveau. Toutefois, le chef de cette équipe demanda au doctorant de construire la grille d'entretien avec les consultants. Le doctorant reçut l'intégralité des notes d'entretien en format brut, c'est-à-dire avant sélection des éléments jugés pertinents par l'ANAP. Le contenu souvent critique, y compris vis-à-vis de l'action de l'ANAP, des notes d'entretiens prises par les consultants, ainsi que la concordance entre ces notes et celles prises par le doctorant lors des séminaires des ROP, nous laissèrent penser que la parole des pilotes régionaux du Plan avait été retranscrite par les consultants de manière fidèle. C'est pourquoi nous avons décidé d'intégrer ces notes d'entretiens dans notre base de données qualitatives. Néanmoins, ces entretiens apparaissent comme « supervisés » dans la figure 3.1, puisque le doctorant ne les a pas administrés lui-même, mais a simplement contribué à l'identification des données à collecter et contrôlé la cohérence de ces données avec celles qu'il avait lui-même recueillies par ailleurs. Au total, nous avons donc regroupé dans notre base les données de 59 entretiens semi-directifs, auxquels ont participé 70 personnes[22] qui ont porté le Plan à différents niveaux : celui des régulateurs primaires – centraux – celui des régulateurs secondaires – régionaux – et celui des établissements régulés.

Nous avons également eu recours à des *données secondaires*, sous forme de comptes-rendus de réunions et de rapports, pour préparer ces entretiens. Au niveau des établissements régulés, nous avons lu et synthétisé la documentation disponible à leur sujet avant de nous rendre sur site. Cette documentation se composait des feuilles de route – notées FDR en figure 3.1 – opérationnelles et/ou stratégiques de ces établissements, ainsi que des comptes-rendus rédigés par les mentors qui les accompagnaient suite aux sessions collectives et individuelles de mentorat. Au niveau régional, la grille d'entretien a été conçue à l'aide d'une analyse des comptes-rendus fournis par les binômes régionaux de l'ANAP sur le déploiement du Plan dans chaque région, ainsi que des monographies régionales produites par l'ANAP en juillet 2016. Il n'a pas été nécessaire de procéder à une analyse documentaire préalable aux entretiens avec les pilotes nationaux, dans la mesure où l'ensemble des informations contextuelles avait déjà pu être recueillies lors des présentations faites par ces pilotes durant les séminaires des ROP.

Deux questions principales ont dû être tranchées en préparation des entretiens semi-directifs : celle de la sélection des personnes à interroger et celle des modalités des entretiens. Concernant *la sélection des personnes à interroger*, cette question s'est posée uniquement au niveau régional et des établissements, car le faible nombre de responsables du Plan à l'échelon national permettait un recueil exhaustif à ce niveau. Le doctorant disposant déjà des avis des responsables nationaux de l'accompagnement ANAP à travers ses observations participantes, les entretiens semi-directifs avec les responsables nationaux furent limités aux régulateurs primaires du Plan, c'est-à-dire aux services, caisses et administrations centrales participant aux instances de pilotage nationales du Plan. Ainsi qu'il est précisé dans le tableau 3.2 ci-après, le nombre et la fonction des personnes contribuant à ce pilotage variait d'un régulateur à l'autre. De plus, certaines personnes quittèrent leurs fonctions au cours du Plan

[22] Nous allons préciser ci-après quels entretiens furent collectifs et non pas individuels.

triennal et furent remplacées dans leur rôle de pilote du Plan par d'autres personnes exerçant des fonctions différentes.

Tableau 3.2 : Entretiens réalisés auprès des régulateurs primaires du Plan triennal

Régulateurs primaires	Date des entretiens	Nombre de personnes interrogées	Fonctions
DSS	10.06.2015 30.03.2017	1 3*	Secrétaire général du COPIL ONDAM Sous-directeur du financement du système de soins et son adjoint, responsable de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie
DGOS	28.04.2015 06.03.2017 10.03.2017 19.04.2017	1 1 1 1	Adjoint au chef du bureau Évaluation, modèles et méthodes de la sous-direction de la Régulation de l'offre de soins Adjoint au sous-directeur du Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Chef du bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës de la sous-direction de la Régulation de l'offre de soins Chef du bureau Efficience des établissements de santé publics et privés de la sous-direction du Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
SGMAS	30.04.2015 01.06.2017	1 1	Chargé de mission Financement du système de santé Chargé de mission CPOM État-ARS
CNAMTS	23.03.2017 21.04.2017	1 1	Responsable du département de la Coordination et de l'efficience des soins Directeur adjoint de la Stratégie des études et des statistiques
Total		**12**	

** Entretien collectif.*

Au niveau régional, 14 des 18 ARS issues du redécoupage régional de 2015 (Loi relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, 2015) ont été concernées par le déploiement des dispositifs de régulation souple du Plan triennal. Ces 14 ARS couvraient la totalité du territoire métropolitain français ainsi que la région Océan Indien – pour l'île de la Réunion. Seules les ARS des régions antillaises et de Guyane n'avaient pas souhaité bénéficier du dispositif prévu par l'ANAP, et avaient demandé des formes d'intervention plus directes de la part de l'ANAP auprès des établissements de leur territoire. Un recueil de données dans l'ensemble des régions qui participaient à la mise en œuvre des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal était matériellement possible. Toutefois, dans chacune de ces 14 régions, trois types de responsables intervenaient dans la déclinaison régionale du Plan : un membre du COMEX de l'ARS, un ROP ARS et un ROP CRAM. De surcroît, dans certaines ARS, plusieurs personnes se partageaient la fonction de ROP ou membre référent du COMEX. Le choix fut

fait par l'équipe de pilotage ANAP de privilégier la collecte de données auprès des ROP ARS, qui étaient les interlocuteurs les plus fréquents de l'ANAP au niveau régional. Néanmoins, des ROP CRAM et des membres du COMEX furent également sollicités dans les régions où les binômes ANAP avaient relaté des interactions avec ces responsables. Au moins un responsable répondit favorablement à la demande d'entretien dans chaque région, à l'exception de l'Océan Indien. La campagne d'entretiens auprès des porteurs régionaux du Plan triennal, qui se déroula en avril et mai 2017, permit donc de rencontrer au moins un de ces porteurs dans chaque région métropolitaine française. Comme l'indique le tableau 3.3 ci-dessous, ces porteurs étaient des ROP ARS dans 10 cas sur 13. Dans deux de ces 10 régions, les ROP CRAM participèrent également aux entretiens. Dans les trois cas restant, les responsables interrogés furent les référents COMEX.

Tableau 3.3 : Entretiens réalisés auprès des régulateurs secondaires du Plan triennal

Régions	**Nombre de personnes interrogées**			
	ROP ARS	**Membres du COMEX ARS**	**ROP CRAM**	**Total**
Pays de la Loire	1			**1**
Normandie	1			**1**
Bretagne		2*		**2**
Nouvelle-Aquitaine	1			**1**
Hauts-de-France	1			**1**
Grand Est	1			**1**
Auvergne Rhône-Alpes	3*			**3**
Provence-Alpes-Côte d'Azur		1		**1**
Occitanie		1		**1**
Centre Val-de-Loire	2*			**2**
Bourgogne Franche-Comté	1*		1*	**2**
Île-de-France	2*		1	**3**
Corse	1			**1**
Total	**14**	**4**	**2**	**20**

**Entretiens collectifs.*

Le nombre de personnes portant le Plan triennal en établissements de santé – 192[23] CPO et leurs équipes projet – excluait la possibilité d'un recueil exhaustif par entretiens semi-directifs à ce niveau de régulation. Nous avons donc dû faire une sélection afin de pouvoir réaliser une étude sur un nombre raisonnable de cas permettant cependant une généralisation des résultats à l'ensemble des établissements accompagnés par l'ANAP (Dahl, Larivière, et Corbière, 2014). Comme le souligne Eisenhardt (1989), la généralisation sur la base d'études de cas ne procède pas, comme dans les analyses statistiques, d'une logique de représentativité d'une population d'ensemble, mais de correspondance des cas choisis à des catégories théoriques pertinentes pour la question de recherche posée. C'est pourquoi ce type ce type d'échantillonnage est qualifié de théorique (Glaser et Strauss, 1967). Puisque notre première

[23] Certains CPO assurait cette fonction dans plus d'un établissement.

question de recherche visait à expliquer la transformation de la régulation sanitaire vers des dispositifs souples et intermédiés reposant sur l'incitation à adopter un cadre d'organisation divergent – celui de l'hospitalisation ambulatoire – et que le statut des organisations dans le système de santé peut influencer cette adoption (Battilana, 2011), nous avons donc basé notre échantillonnage théorique sur des catégories de statuts. Compte tenu que trois catégories de statuts – centre hospitalier (CH), centre hospitalier universitaire (CHU) et établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) – étaient présentes dans le groupe des établissements accompagnés par l'ANAP, nous avons d'abord limité notre premier échantillon d'établissements à un cas de chaque catégorie. L'environnement institutionnel et concurrentiel pouvant également créer des conditions plus ou moins favorables au changement organisationnel divergent (Greenwood et Hinings, 1996), nous avons retenu des établissements relevant de la compétence territoriale de différentes ARS et situés dans des zones d'intensité concurrentielle diverse. Pour la sélection des personnes à interroger dans chaque établissement, nous avons d'abord contacté les CPO des établissements ciblés, qui ont tous les trois répondu favorablement à notre sollicitation. Nous leur avons ensuite demandé de nous indiquer quelles personnes avaient jusqu'alors contribué selon eux à définir et à porter les actions de la feuille de route de leur établissement relatives au virage ambulatoire. Cette désignation était en effet déjà en elle-même une information intéressante sur la manière dont était conduit le virage ambulatoire dans chacun des établissements. Nous nous sommes donc appuyés sur cette désignation pour organiser les entretiens dans ce premier échantillon d'établissements, de mai à septembre 2016.

De plus, à la fin de période de mise en œuvre du Plan triennal, dès lors que la progression de chaque établissement accompagné dans le virage ambulatoire pouvait être connue, nous avons souhaité compléter notre échantillon avec des cas extrêmes d'adoption et de rejet du virage ambulatoire. L'analyse de cas extrêmes opposés facilite en effet l'identification des processus à l'œuvre dans le changement organisationnel, car ces processus sont, dans ces cas stéréo-typiques, exacerbés (Eisenhardt, 1989). Nous avons sélectionné ces cas extrêmes en trois étapes. Dans la première étape, nous avons retenu, à l'aide des indicateurs colligés par l'ANAP, les 10 établissements ayant le plus progressé et les 10 établissements ayant le plus régressé dans l'atteinte des valeurs de référence du virage ambulatoire définies par l'ANAP en médecine et en chirurgie[24]. Nous avons ensuite, dans un second temps, analysé les comptes-rendus produits par les mentors de ces établissements, afin de vérifier que la progression observable à travers ces indicateurs reflétait bien des changements organisationnels caractéristiques du virage ambulatoire ou au contraire un retour aux pratiques de l'hospitalisation conventionnelle. Cinq établissements sont apparus, à l'issue de cette seconde étape, comme des cas extrêmes d'adoption ou de rejet du virage ambulatoire en chirurgie et/ou en médecine[25]. Dans une troisième étape, nous avons contacté les CPO de chacun de ces cinq établissements et discuté avec eux de la possibilité d'organiser des entretiens dans leur établissement. Dans un cas de progression généralisée – en chirurgie et en médecine – vers le virage ambulatoire, et dans un cas de retour généralisé vers des pratiques de l'hospitalisation conventionnelle, les CPO ont répondu favorablement à notre sollicitation

[24]Voir le tableau 2.3 en page 83.

[25] La progression dans le virage ambulatoire pouvait en effet être opposée au sein d'un même établissement entre la chirurgie et la médecine.

et ont planifié les entretiens avec les porteurs de la feuille de route de leur établissement. Les données collectées auprès de ces deux établissements en octobre et novembre 2017 n'ayant pas apporté des éléments de réponses nouveaux pour notre QR1, nous avons considéré que nous avions atteint, pour cette question de recherche, un état de saturation des données (Eisenhardt, 1989; Glaser et Strauss, 1967) ne nécessitant pas l'inclusion de cas supplémentaires dans notre échantillon (Dahl et al., 2014). Le tableau 3.4 ci-dessous résume le nombre de personnes interrogées par établissement et par catégorie professionnelle. Les centres hospitaliers (CH) ont été numérotés dans l'ordre chronologique de leur inclusion dans l'étude.

Tableau 3.4 : Entretiens réalisés dans les établissements régulés

Périodes d'entretiens	**Etablissements**	**Profils des personnes interrogées**			
		Médecins[i]	**Soignants[ii]**	**Directeurs[iii]**	**Total**
Mai - septembre 2016	ESPIC	2	2	2	**6**
	CHU	4	2	3	**9**
	CH	3	2	3	**8**
Octobre - novembre 2017	CH2	3	2	1	**6**
	CH3	3	5	1	**9***
	Total	**15**	**13**	**10**	**38**

[i] *Responsables de pôles, d'unités ou de services cliniques impactés par le virage ambulatoire et médecins responsables de Départements de l'information médicale (DIM).*
[ii] *Cadres soignants et directeurs des soins.*
[iii] *Directeurs généraux, directeurs généraux adjoints, administratifs, financiers et de services logistiques.*
** Trois entretiens collectifs.*

Concernant les *modalités des entretiens*, nous avons privilégié des entretiens individuels. Toutefois, comme précisé dans le tableau 3.2, une personne du niveau national de régulation a souhaité être interrogée avec ses deux supérieurs hiérarchiques. De la même manière, plusieurs membres des ARS travaillant ensemble sur le déploiement du Plan triennal ont préféré être interrogés en groupe, comme indiqué dans le tableau 3.3. Au niveau des établissements régulés, nous avons eu trois demandes d'entretiens collectifs dans le dernier établissement inclus dans l'échantillon. Ces demandes provenaient du cadre de l'hôpital de jour médical et du directeur des soins, du médecin DIM et du cadre de son département, ainsi que du cadre supérieur du pôle de chirurgie et du cadre de l'UCA. Là également, le motif évoqué par ces acteurs pour être entendus ensemble était l'étroitesse de leur relation de travail dans le virage ambulatoire. Les entretiens au niveau des régulateurs primaires et des établissements régulés ont eu lieu *in situ*. Ils ont été enregistrés à deux exceptions près, en raison d'un problème technique de l'appareil d'enregistrement dans un cas, et suite à un refus d'enregistrement de la personne interrogée dans le second cas. En sus des enregistrements, tous ces entretiens ont fait l'objet d'une prise de notes en temps réel par le doctorant. Afin d'optimiser le temps des consultants et d'éviter des frais de déplacement, l'équipe ANAP de

pilotage du Plan triennal a opté pour des entretiens téléphoniques au niveau régional. Ces entretiens n'ont pas été enregistrés mais on fait l'objet d'une prise de note détaillée par les deux consultants qui ont administré ensemble chacun d'eux. Les entretiens *in situ* ont duré en moyenne une heure, et les entretiens téléphoniques une heure et trente minute.

Le rôle des porteurs du Plan triennal étant différent à chaque niveau de régulation, nous avons élaboré une grille d'entretien pour chaque niveau. Toutefois, afin d'assurer la réplicabilité (Yin, 2009) de la procédure de collecte entre les personnes interrogées à un même niveau de régulation, nous avons conservé les mêmes items dans les grilles d'entretien tout au long de la procédure. Les questions de chaque item ont simplement été adaptées pour prendre en compte la temporalité du Plan, et elles ont parfois été réorganisées, reformulées ou précisées lorsqu'elles conduisaient à des redites ou lorsqu'elles paraissent trop ambigües ou vagues aux personnes précédemment interrogées. Ainsi, au niveau primaire de régulation, la grille d'entretien concernait deux items principaux : 1. le déroulement de la conception du Plan triennal ; ainsi que 2. les résultats attendus – et, en 2017, obtenus – du Plan. Un jugement sur la pérennité du dispositif a également été demandé aux personnes interrogées en 2017. Au niveau secondaire de régulation, la grille d'entretien comprenait cinq grands items : 1. la définition du périmètre d'accompagnement de l'ANAP – c'est-à-dire la sélection des établissements et des thématiques retenus pour cet accompagnement ; 2. l'utilisation faite des outils et modalités d'appui proposés par l'ANAP ; 3. la gouvernance régionale du Plan ; 4. les outils de pilotage employés dans cette gouvernance ; et 5. l'impact perçu des outils et modalités d'accompagnement de l'ANAP sur les relations entre les personnes interrogées et les établissements de santé de leur territoire. Au niveau des établissements régulés, la grille d'entretien se structurait autour de quatre items : 1. le rôle de la personne interrogée dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de la feuille de route de l'établissement ; 2. les freins et les leviers du virage ambulatoire expérimentés dans l'établissement ; 3. l'utilité et les limites de l'action de l'ANAP et de l'ARS pour le virage ambulatoire ; et 4. les impacts du virage ambulatoire. L'ensemble des grilles d'entretiens est présenté en annexe 1 du présent manuscrit.

Structuration et analyse des données

La méthode de traitement inductif des données qualitatives élaborée par Gioia, Corley et Hamilton (2013) repose sur une structuration des données en trois niveaux, permettant de rendre de compte des liens analytiques entre les matériaux empiriques et les concepts théoriques mobilisés par le chercheur. Pour construire cette structure de manière inductive, le chercheur doit d'abord procéder à *un codage des données dit « ouvert »* (Corbin et Strauss, 1990, p. 12), par lequel les données sont décomposées en segments auxquels sont attribués des codes. Ces codes sont des labels conférant un sens à des segments d'information contenus dans les données (Miles et al., 2014). Le codage inductif n'interdit toutefois pas l'emploi d'un arbre initial de codage découlant de la question de recherche posée et ayant pour fonction de constituer une base de départ pour la procédure de codage, durant laquelle cet arbre initial est modifié à mesure que des codes nouveaux émergent des données de terrain (Miles et Huberman, 1994). Cette procédure de codage ouvert repose sur un principe d'analyse des

similarités et des différences entre les segments d'informations provenant des données (Corbin et Strauss, 1990). Ainsi, un même code sera attribué à des segments d'information renvoyant à une même unité de sens. Lorsque le chercheur ne peut rattacher un segment d'information à aucun des codes qu'il a déjà élaborés, il doit alors créer un nouveau code. Afin de nous aider dans ce travail de codage ouvert des données textuelles collectées pour répondre à la QR1, nous avons utilisé le logiciel N-Vivo. Ce logiciel permet en effet de sélectionner des parties de texte et de leur attribuer librement des codes. N-Vivo facilite aussi la décomposition ou la recomposition des segments et des codes qui se produisent fréquemment au cours de la procédure de codage (Miles et al., 2014).

Gioia et al. (2013) préconisent de définir les codes en conservant les termes utilisés par les personnes interrogées. Pour cela, le chercheur doit choisir dans les segments d'information rattachés à un même code le mot ou l'expression qui lui semble le mieux résumer le sens de ces informations et le reprendre verbatim. Ces auteurs (Gioia et al., 2013) recommandent également de regrouper les codes similaires afin de limiter le nombre de catégories analytiques. Les catégories ainsi extraites des données de terrain vont constituer le premier niveau de *la structure de données*. Ce premier niveau est composé de « concepts de premier ordre » (Gioia et al., 2013, p. 7) qui correspondent à un niveau de conceptualisation purement empirique, puisque directement empruntés au terrain de recherche. Le second niveau de la structuration des données en forme la clé de voute, dans la mesure où c'est ce niveau qui permet l'articulation entre les concepts formulés par les acteurs de terrain et les concepts tirés de la littérature sur le phénomène étudié. À ce niveau, le chercheur doit se demander quels grands thèmes pouvant aider à décrire et expliquer ce phénomène peuvent être dégagés des concepts de premier ordre (Gioia et al., 2013). À ce stade, le chercheur doit systématiquement confronter les thèmes qu'il trouve à ceux formulés dans les écrits déjà existants, afin de voir si ces thèmes naissants ont ou non une correspondance dans la littérature. Ces « thèmes de second ordre » (Gioia et al., p. 6) s'apparentent par conséquent à une tentative de traduction dans le langage scientifique des éléments de description ou d'explication du phénomène observé qui ressortent des données. Lorsque le chercheur ne trouve pas de traduction adéquate de ces thèmes dans sa recension des écrits portant sur son objet de recherche, cela peut signifier que les conceptualisations empiriques qu'il a relevées sont des découvertes pour ce champ de littérature. Une fois les thèmes de second ordre arrêtés, le chercher doit s'interroger sur la possibilité de définir des dimensions agrégées, qui permettent d'englober plusieurs thèmes de second ordre dans un ensemble présentant une cohérence interne. Là encore, ces dimensions agrégées, qui forment le troisième niveau de la structure de données, sont à déterminer en référence à la littérature, soit que celle-ci les fournisse, ou qu'au contraire elle semble les avoir ignorées. Ainsi, la méthode de structuration des données proposée par Gioia et al. (2013) reprend le principe de condensation des données déjà exposé par Miles et Huberman (1994), mais elle en guide l'usage afin de rendre les plus explicites possibles les opérations de conceptualisation réalisées par le chercheur sur le fondement des données qu'il a recueillies.

En application de ces principes de recherche qualitative inductive, nous avons donc commencé notre analyse par une mise au propre des notes d'observation et d'entretiens (Miles et Huberman, 1994). Les entretiens téléphoniques avec le niveau régional ayant été conduits par deux personnes, dont une pouvait se charger spécifiquement de la prise de notes, le doctorant n'a pas relevé de points ambigus ou incompréhensibles dans ces notes. En outre,

les consultants avaient clairement signalé les retranscriptions verbatim contenues dans leurs notes. De la même manière, le doctorant avait indiqué les retranscriptions de propos entendus en réunions par des guillemets précédés des initiales de la personne les ayant prononcés. Pour les entretiens qu'il avait lui-même menés, en revanche, la relecture des notes a parfois révélé des passages difficilement interprétables. Dans ces cas, le doctorant a réécouté les enregistrements des entretiens correspondants pour compléter ses notes par des retranscriptions verbatim. Une fois les notes mises au propre, le doctorant a débuté le codage ouvert des données, en utilisant comme arbre de codage primaire les items des grilles d'entretien. Afin de s'assurer que les concepts de premier ordre qui émergeaient du codage reflétaient bien les propos des personnes interrogées, le doctorant a retranscrit verbatim les passages des enregistrements qui illustraient le mieux la formulation de ces concepts. Afin d'identifier des thèmes de second ordre, le doctorant a pris comme littérature de référence le corpus théorique que nous avons présenté au premier chapitre. Ces thèmes ont ensuite été agrégés selon les dimensions du cadre d'analyse des régimes de gouvernementalité sanitaire que nous avons exposé au deuxième chapitre, en tableau 2.1. Cette structuration des données nous a donc permis de décrire de manière inductive le régime de gouvernementalité du Plan triennal.

Toutefois, ce premier niveau d'analyse, descriptif, n'expliquait pas en lui-même la transformation de la régulation sanitaire qui avait abouti à ce régime (QR1). Comme le soulignent Gioia et al. (2013), si le chercheur veut apporter une réponse convaincante et empiriquement fondée à sa ou ses question(s) de recherche grâce à une méthode qualitative et inductive, il doit être en mesure de rendre compte des relations entre les thèmes de second ordre, et donc entre les dimensions agrégées, qui sont issues de sa structuration des données. Il s'agit par conséquent de compléter l'analyse descriptive par *une modélisation théorique du processus* observé empiriquement (Gioia et al., 2013). Langley (1999) a recensé plusieurs stratégies de modélisation de processus en théorie des organisations. Dans la mesure où trois moments du Plan triennal se distinguaient clairement dans nos observations, nous avons choisi la stratégie de « mise entre parenthèses temporelle » (Langley, 1999, p. 703), consistant à décomposer chronologiquement le processus. Le terme de « parenthèse temporelle » est employé par Langley (1999, p. 703) pour indiquer que le processus ne se déroule pas nécessairement de manière séquentielle, en phases successives, mais qu'il est possible de distinguer des périodes de continuité et des moments de discontinuité dans ce processus. Dans le cas du Plan triennal, ces moments de discontinuité étaient déterminés par la conception en mode projet du Plan, qui prévoyait une période d'élaboration, de mise en œuvre, et d'évaluation. Afin de modéliser le processus de transformation de la régulation sanitaire qui a eu lieu tout au long de ce Plan, nous avons par conséquent rendu compte de la dynamique entre les thèmes de second ordre et les dimensions agrégées qui s'est produite durant et entre chacune de ces périodes.

Ainsi, nous avons apporté des réponses à notre première question de recherche (QR1), visant à expliquer les transformations que la régulation sanitaire a connues en France durant le Plan triennal, par une approche longitudinale reposant sur une observation participante à l'ANAP et sur la tenue d'entretiens semi-directifs au différents niveaux de régulation, préparés à l'aide des données secondaires disponibles. Nous avons ensuite structuré l'ensemble des données textuelles collectées en les codant de manière ouverte, puis en opérant

trois niveaux de conceptualisation permettant de faire le lien entre ces données empiriques et notre cadre conceptuel des régimes de gouvernementalité. Nous avons enfin retracé le déroulement de la transformation de la régulation par laquelle le régime de gouvernementalité du Plan triennal s'est instauré, en analysant les relations entre les composantes de ce régime durant et entre les trois périodes prévues par ce Plan. Par cette modélisation nous avons en outre commencé à aborder notre deuxième question de recherche (QR2), relative au fonctionnement des régimes de régulation employant des dispositifs souples et intermédiés, puisque nous avons révélé la technologie de gouvernement ayant employé ces dispositifs ainsi que les processus que ces dispositifs ont déclenchés. Toutefois, cette première représentation ne nous renseignait que sur la manière dont ces dispositifs avaient opéré d'un point de vue macroscopique, mettant volontairement de côté la diversité des situations régionales ainsi que celle des établissements ayant mobilisé ces dispositifs. Nous devions donc continuer notre effort de compréhension du fonctionnement du régime en modélisant celui-ci non plus seulement à l'échelle macro du régime de gouvernementalité dans son ensemble, mais également à l'échelle mezzo des régions, ainsi qu'à celle micro des établissements.

Section 3 : Comprendre le fonctionnement de la régulation (QR2)

L'une des caractéristiques fondamentales de la régulation souple que nous avons relevée dans le premier chapitre est son adaptabilité à la situation de chaque régulé (Ayres et Braithwaite, 1992; Drahos et Krygier, 2017; Scott, 2017). En outre, les intermédiaires opèrent le plus souvent dans des chaines complexes de régulation impliquant des régulateurs secondaires (Havinga et Verbruggen, 2017). Comprendre le fonctionnement d'un régime de gouvernementalité employant des dispositifs de régulation souple intermédiée (QR2) implique par conséquent de rendre compte de la manière dont ces dispositifs sont adaptés localement par les régulateurs secondaires et utilisés par les régulés. Si notre analyse de la transformation de la régulation au cours du Plan triennal (QR1) permettait de saisir la technologie et les processus d'ensemble de ce régime de gouvernementalité, elle considérait l'adoption et la réinterprétation des cadres d'organisations véhiculés par les dispositifs de régulation souple (Wedlin et Sahlin, 2017) simplement comme des produits des processus mis en mouvement par cette technologie. Or, pour répondre à notre deuxième question de recherche (QR2), il convenait d'examiner également comment les régulateurs secondaires et les régulés ont dirigé ces processus, c'est-à-dire comment ils se sont appropriés les dispositifs de régulation pour conduire le changement de cadre d'organisation visé par le virage ambulatoire. Nous allons voir successivement comment nous avons abordé cette appropriation au niveau des régulateurs secondaires puis au niveau des établissements régulés.

Comprendre le fonctionnement de la régulation secondaire

Nous avons noté au deuxième chapitre que, dans le cadre du Plan triennal, les régulateurs primaires se sont positionnés comme animateurs de deux réseaux, celui des ARS et celui des

CRAM, qu'ils ont essayé de coordonner. Ce positionnement laissait aux ARS et aux CRAM une grande latitude dans la définition des actions à conduire pour atteindre les objectifs contractualisés dans les CPOM État-ARS et dans les CPG. Les ARS et les CRAM demeuraient ainsi libres de déterminer le niveau de contrainte juridique et financière qu'elles souhaitaient imposer aux établissements relevant de leur compétence territoriale afin d'accélérer le virage ambulatoire dans leur région. En effet, la fixation des objectifs du virage ambulatoire aux établissements, tout comme l'allocation éventuelle de crédits exceptionnels pour soutenir financièrement cette transition, dépendaient des CPOM signés entre les ARS et les établissements de santé. De la même manière, l'initiative des MSAP ou des contrôles d'application de la circulaire frontière était du ressort des services déconcentrés de l'Assurance Maladie. Les dispositifs de régulation dure touchant au virage ambulatoire pouvaient donc varier d'une région à l'autre. Pareillement, nous avons noté que les ARS se sont diversement saisies des dispositifs de régulation souple proposés par l'ANAP. Certaines ont ainsi largement relayé les outils de monitorage conçus par l'ANAP alors que d'autres n'ont pas ou peu favorisé leur diffusion. Les ARS ont aussi fait un usage hétérogène des modalités d'appui de l'ANAP, puisque que la sélection des établissements devant participer au mentorat ne s'est pas faite partout à l'identique, et que ces établissements ont été les principaux utilisateurs des autres modalités d'appui de l'ANAP. En outre, les ARS se sont différemment associées à la mise en œuvre de ces modalités. Comprendre le fonctionnement de la régulation secondaire qui s'est opérée dans le cadre du Plan triennal requiert par conséquent d'expliciter les multiples formes d'*articulation entre régulation dure et souple* qui ont été constituées à l'échelon régional.

Pour rendre compte de cette diversité et tenter de l'expliquer, nous avons bâti une typologie des modes de fonctionnement régionaux du Plan triennal. Pour nous aider dans l'élaboration de cette typologie, nous avons utilisé, en application de la méthode décrite par Miles et al. (2014), une *matrice de regroupement conceptuel*. La matrice de regroupement conceptuel est un outil analytique permettant de résumer la diversité d'un ensemble de cas sur quelques variables correspondant aux questions que se pose le chercheur. Avant de construire une telle matrice, il est d'abord nécessaire d'identifier les variables à retenir et de lister dans un même tableau les données de chacun des cas sur chacune de ces variables. Puisque nous cherchions à savoir comment les dispositifs de régulation du Plan triennal avaient été articulés à l'échelon régional pour promouvoir le virage ambulatoire, nous avons pris comme variables d'analyse les trois types de dispositifs de gouvernement du Plan qui avaient été déclinés régionalement : la contractualisation, le monitorage et l'accompagnement. Nous avons donc extrait de notre structure générale les données concernant l'usage des ces dispositifs dans chaque région et nous les avons placées dans un même tableau avec, en ligne, le nom des régions, et, en colonne, les trois variables. Nous avons ensuite, conformément aux recommandations de Miles et al. (2014), cherché des points communs et différenciateurs entre les régions sur chaque variable. Nous en avons induit plusieurs modalités types de chacune des variables sur l'ensemble des régions[26]. En indiquant ces modalités dans notre tableau, nous avons obtenu la matrice de regroupement conceptuel pour le fonctionnement régional du Plan triennal.

[26] Cette catégorisation des données récurrentes est appelée par Miles et al. (2014, p. 86) « codage des patterns ».

Toujours en suivant la démarche proposée par Miles et al. (2014), nous avons repéré les combinaisons de modalités similaires ou proches qui étaient partagées par plusieurs régions. Ces combinaisons nous ont ainsi permis d'identifier différents *types d'appropriation des dispositifs de régulation* du Plan triennal à l'échelon régional. Nous avons finalement attribué un qualificatif à chacun de ces types, en essayant de trouver le mot qui reflétait le mieux sa spécificité sur les trois variables d'analyse. Une fois cette typologie établie, nous avons pu observer la distribution des régions entre les types obtenus et explorer les facteurs pouvant permettre d'expliquer l'adoption d'un type d'appropriation plutôt qu'un autre. A cette fin, nous avons regroupé, grâce à N-Vivo, nos données régionales par type et recherché des caractéristiques communes autres que celles relatives à l'appropriation des dispositifs de régulation entre les régions d'un même type. Nous disposions ainsi d'une vision synthétique des modes de fonctionnement régionaux de la régulation. Toutefois, pour répondre complètement à notre deuxième question de recherche (QR2), nous devions compléter cette vision par celle du fonctionnement des dispositifs du Plan dans les établissements régulés. En effet, comme nous l'avons souligné au chapitre 2, le régime de régulation du Plan triennal sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » s'apparentait à une méta-régulation par laquelle les régulateurs primaires et secondaires souhaitaient orienter, en partie avec l'aide d'un intermédiaire, l'autorégulation des établissements de santé. C'était donc la mécanique d'appropriation des dispositifs du Plan, conçus nationalement et adaptés régionalement, dans le travail d'autorégulation des établissements qu'il fallait déchiffrer, pour comprendre le fonctionnement de ces dispositifs au niveau micro.

Comprendre le fonctionnement de l'autorégulation

Étant donné le nombre d'établissements (N = 196) ayant été concernés à la fois par les dispositifs de régulation dure et souple du Plan triennal, il n'était pas possible de procéder d'emblée, comme au niveau régional, à l'élaboration d'une typologie d'ensemble de l'appropriation de ces dispositifs par les établissements de santé (ES). Nous devions d'abord passer par une *phase exploratoire* afin de modéliser sur quelques cas cette démarche d'appropriation pour pouvoir ensuite tester cette modélisation à plus grande échelle (Briand et Larivière, 2014). Pour rappel, bien que les trois cas d'établissements étudiés en 2016 n'étaient pas statistiquement représentatifs de l'ensemble des établissements accompagnés par l'ANAP, ils ont été sélectionnés selon un principe d'échantillonnage théorique permettant une généralisation des résultats trouvés sur plusieurs cas appartenant à différentes catégories pertinentes pour la question de recherche posée (Eisenhardt, 1989). Cette question étant pour nous celle de l'adoption d'un cadre d'organisation divergent, nous avons recruté nos cas selon trois variables contextuelles pouvant influencer cette adoption : 1. le statut de l'organisation régulée (Battilana, 2011) ; 2. son environnement concurrentiel ; et 3. son environnement institutionnel (Greenwood et Hinings, 1996). Le but de notre analyse exploratoire était ainsi d'identifier des caractéristiques générales d'appropriation des dispositifs de régulation qui couvraient l'ensemble de ces cas divers.

Les *données de sélection* disponibles en 2016 pour chacun de ces cas exploratoires sont présentées dans le tableau 3.5 ci-après :

Tableau 3.5 : Données de sélection des cas exploratoires

Cas	Statut	Parts de marché en chirurgie complète (2016)	Parts de marché en chirurgie ambulatoire (2016)	Parts de marché en médecine *** (2016)	Actions prévues dans de les feuilles de route sur le virage ambulatoire (extraits verbatim)
ES1	ESPIC	PDM1* : 8.8 % PDM2** : 2,9 %	PDM1* : 9,5 % PDM2** : 2,4 %	PDM1* : 11,6 % PDM2** : 3,4 %	1. Amener la communauté médicale dans le virage ambulatoire 2. Augmentation du taux de passage journalier sur les 40 places d'UCA 3. Maîtriser le processus par la gestion des flux et déployer le nouveau logiciel [nom commercial] 4. Optimiser l'organisation de l'activité ambulatoire au sein du bloc général 5. Recentrer l'activité de l'UCA en réservant les 40 postes d'accueil de l'UCA aux opérés sous anesthésie générale ou locorégionales 6. Développer le réseau ville-hôpital 7. Harmoniser les pratiques des médecins anesthésistes afin de diminuer les délais de mise à la rue 8. Développer les compétences : formation et nouveaux métiers 9. Identifier notre taux de transférabilité
ES2	CHU	PDM1* : 18,2 % PDM2** : 10 %	PDM1* : 11,4 % PDM2** : 4,6 %	PDM1* : 35 % PDM2** : 11,4 %	1. Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire 2. Promouvoir le parcours ambulatoire du patient en médecine 3. Mieux maîtriser les durées de séjour
ES3	CH	PDM1* : 45,3 % PDM2** : 1,9 %	PDM1* : 26 % PDM2** : 1 %	PDM1* : 62,8 % PDM2** : 2,4 %	1. Développer l'activité de chirurgie ambulatoire 2. Maîtriser les durées de séjour 3. Développer les prises en charge HAD 4. Réaliser un état des lieux des capacités d'hospitalisation et engager une réflexion de diminution capacitaire 5. Intégrer un GHT

** Part de marché (PDM) sur la zone d'attractivité de l'établissement, c'est-à-dire sur la zone géographique d'où proviennent 80 % de ses patients (Source : PMSI via Hospi Diag).*
*** Part de marché (PDM) régionale de l'établissement (Source : PMSI via Hospi Diag).*
**** En hospitalisation complète et ambulatoire.*

Concernant l'environnement institutionnel, nous rappelons que les établissements ne dépendaient pas des mêmes ARS et CRAM. L'intensité concurrentielle sur le territoire de l'établissement est mesurée par les parts de marché de celui-ci en chirurgie complète, ambulatoire, ainsi qu'en médecine. Les parts de marché sont calculées, à l'aide des données

PMSI, en divisant le nombre de séjours que l'établissement a réalisés en 2016 par le nombre total de séjours dans une zone de référence : soit celle d'où proviennent 80 % de ses patients – sa zone d'attractivité – soit la région dans laquelle il se situe. La part de marché dans la zone d'attractivité renseigne sur la situation concurrentielle de l'établissement dans son environnement local, alors que sa part de marché régionale indique quel poids a son activité dans sa région. Il est ainsi visible que l'ESPIC ne représentait qu'un petit pourcentage de l'activité régionale en chirurgie comme en médecine, et qu'il faisait face en 2016 à une forte intensité concurrentielle immédiate, puisque ses parts de marché dans sa zone d'attractivité se situaient aux alentours de 10 %. Au contraire, le CHU avait un poids régional trois fois plus important en médecine et en chirurgie complète, ce qui était logique pour un établissement de recours, mais seulement deux fois plus important en chirurgie ambulatoire. En outre, si le CHU accaparait un tiers de son marché de proximité en médecine, ce pourcentage était deux fois plus faible en chirurgie complète – 18,2 % – et encore moindre en chirurgie ambulatoire – 11,4 %. Enfin, bien que le poids du CH fût presque négligeable d'un point de vue régional, il constituait un offreur de soins majeur pour son territoire de proximité, assurant presque les deux tiers des séjours de médecine, près de la moitié des séjours en chirurgie complète, et plus du quart des séjours en chirurgie ambulatoire. L'ESPIC illustrait donc le cas d'un établissement d'envergure locale confronté à une forte intensité concurrentielle immédiate ; le CHU celui d'un établissement de recours régional concurrencé en chirurgie, notamment ambulatoire ; et le CH d'un établissement de proximité en situation de force sur son marché local.

Nous avons également ajouté en dernière colonne du tableau 3.5 *les actions prévues dans les feuilles de route* stratégiques et/ou opérationnelles de chaque établissement sur le virage ambulatoire. Le contenu de ces feuilles de route représentait un point d'entrée important pour notre question de recherche (QR2), puisqu'il fournissait une première indication de l'interprétation donnée dans chaque établissement au cadre d'organisation du virage ambulatoire. Le résumé de ce contenu indiqué dans le tableau 3.5 permet d'ores et déjà de constater que cette interprétation n'était pas la même d'un établissement à l'autre. Ainsi, la feuille de route de l'ESPIC n'envisageait le virage ambulatoire qu'en chirurgie, bien que l'établissement eût lui aussi une activité de médecine. Le projet de cet établissement était en outre composé d'une longue liste d'actions opérationnelles très ciblées, concernant le changement des pratiques médicales, la gestion des flux de patients à l'UCA et au bloc opératoire, ainsi que les liens avec les professionnels de ville. Ce projet comportait un volet formation pour les équipes de l'UCA.

La feuille de route du CHU, au contraire, était beaucoup plus large dans son périmètre, puisqu'elle englobait, outre le développement de la chirurgie ambulatoire, le parcours ambulatoire en médecine et la maîtrise des durées de séjour en hospitalisation complète. Cette feuille de route était articulée autour de trois axes généraux, déclinés en actions plus concrètes. La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire prévoyait le renforcement du pilotage par objectif sur ce domaine, à travers le calcul des potentiels de développement de la chirurgie ambulatoire par spécialité, l'évaluation des transformations des capacités d'hospitalisation que ce développement allait induire, et la production de tableaux de bord pour suivre l'atteinte des cibles ainsi définies. L'axe chirurgical du plan d'actions du CHU comprenait également la mise en place d'un partenariat avec une association locale afin de proposer une solution d'hébergement hôtelier avant ou après l'intervention à l'intention

des patients venant de loin pour se faire opérer au CHU. La promotion du parcours ambulatoire en médecine incluait aussi le calcul d'un potentiel de développement et l'analyse des impacts capacitaires du virage ambulatoire – en termes de répartition et de mutualisation de ces capacités entre les spécialités médicales – ainsi que la rédaction d'un guide d'éligibilité des patients à l'hospitalisation de jour multidisciplinaire de médecine (HDJMM), afin de distinguer les parcours en HDJMM de ceux des patients externes. La maîtrise des durées de séjour partait pareillement d'un diagnostic de la performance par unité – sur la base de l'IP-DMS et des taux de sortie avant midi – qui devait conduire à la définition de cibles par services ou pôles. L'accroissement du recours à l'HAD, aux PRADO et aux pratiques de RAC, ainsi que la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits, devaient faciliter la maîtrise des durées de séjour. La cellule de gestion des lits devait s'équiper d'un outil de visualisation et de planification centralisées de l'occupation des lits et travailler à l'harmonisation des pratiques d'enregistrement et de prévision des sorties des patients, notamment via la déclaration de durées prévisionnelles de séjours.

La feuille de route du CH envisageait également le virage ambulatoire sous l'angle du développement de la chirurgie ambulatoire et de la maîtrise des durées de séjour. En matière de chirurgie ambulatoire, l'attention était portée sur l'harmonisation des critères d'éligibilité et des informations délivrées aux patients, ainsi que sur la suppression de l'activité foraine concomitante à la création d'une filière courte de prise en charge et à la réflexion sur l'opportunité de dédier des plages opératoires à l'ambulatoire. La maîtrise des durées de séjour devait passer, comme au CHU, par la généralisation des durées prévisionnelles de séjour et par l'anticipation des sorties grâce au programme PRADO et à une meilleure coordination avec les différents sites d'accueil d'aval des patients. Il était aussi prévu de formaliser davantage les parcours des patients par la définition de chemins cliniques comprenant notamment le circuit de pré-admission et l'appréciation de la situation sociale des patients. Le développement de l'HAD anticipait la systématisation de l'identification des patients pouvant relever d'une HAD, et comportait un volet de coopération avec les établissements sociaux et médico-sociaux où pouvaient résider les patients. Le CH avait en outre isolé dans une série d'actions à part la problématique de la diminution des capacités d'hospitalisation ; ces actions consistaient principalement à déterminer des regroupements pertinents d'unités d'hospitalisation, ainsi qu'à élaborer les maquettes d'organisation médicale et soignante pour les unités regroupées. Enfin, l'intégration du GHT était perçue par l'équipe projet du CH comme relevant du virage ambulatoire, car le projet de GHT incluait, au moment de l'élaboration de la feuille de route, la création de prises en charge coordonnées au sein de communautés professionnelles de territoire associant des professionnels de ville.

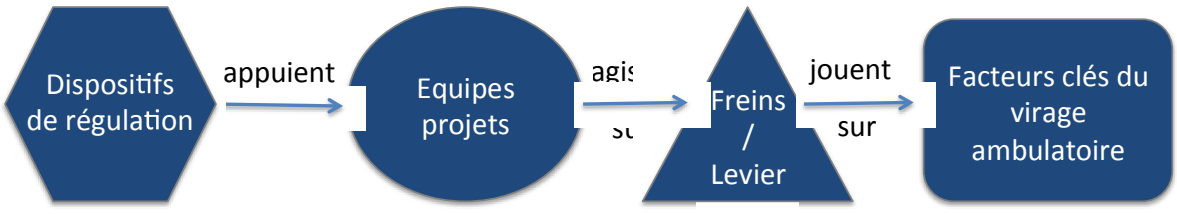
Ainsi ces trois établissements offraient *une variété intéressante de conception du virage ambulatoire*. Alors que l'ESPIC abordait l'ambulatoire comme un cadre d'organisation opérationnel en chirurgie, le CHU le voyait comme un cadre d'organisation plus global, nécessitant une refonte des instruments de gouvernance de l'établissement. Le CH replaçait quant à lui ce cadre d'organisation dans une gestion territoriale de trajectoires-types de patients. Le lien avec les professionnels de ville était directement intégré dans le projet de l'ESPIC et du CH, alors que le CHU semblait vouloir assurer lui-même la délivrance des soins à domicile. Seul l'ESPIC avait pris un compte une dimension de formation des personnels dans sa feuille de route. Le CHU souhaitait expérimenter une solution d'hébergement hôtelier pré- ou post-opératoire pour les patients pris en charge en chirurgie

ambulatoire, ce qui paraissait cohérent avec la portée régionale de son activité. Le CH se situait davantage dans une perspective de coopération avec les structures d'aval de son territoire, notamment avec les établissements sociaux et médico-sociaux. Cet aspect social n'était évoqué que dans la feuille de route de cet établissement.

Cette diversité de contextes et d'interprétations du cadre organisationnel du virage ambulatoire rendait plus probable le dévoilement d'un fonctionnement de l'autorégulation d'application générale. En effet, si nous pouvions induire de ces trois cas aux caractéristiques différentes une logique d'appropriation des dispositifs de régulation valable pour tous les trois, cette logique était susceptible de rendre compte du fonctionnement de l'autorégulation dans d'autres cas. Découvrir cette logique demandait d'appliquer *une stratégie d'analyse mixte* pour notre étude de cas multiples (Miles et al., 2014), c'est-à-dire une stratégie combinant l'analyse intra-cas et l'analyse inter-cas sur une série de variables. Cette stratégie revient à décrire d'abord cas par cas le phénomène observé pour pouvoir ensuite en proposer une description d'ensemble. Le phénomène que nous souhaitions décrire était en l'occurrence l'appropriation des dispositifs de régulation du Plan triennal dans la conduite du changement de cadre d'organisation que représentait le virage ambulatoire. Il pouvait être déduit des résultats de notre QR1 un schéma théorique de l'autorégulation qui découlait de la manière dont avaient été conçus les dispositifs de régulation du Plan triennal. En effet, ceux-ci s'adressaient en priorité à des équipes projet devant porter la transformation organisationnelle du virage ambulatoire dans leurs établissements, et visaient à appuyer ces équipes projet à travers des outils et modalités destinés à lever les réticences ainsi qu'à mobiliser les membres de l'organisation en faveur de ce changement. Ces modalités et outils présupposaient que la transformation dépendait de l'adoption de certaines pratiques professionnelles autour desquelles se focalisaient les oppositions et les soutiens au virage ambulatoire. En conséquence, notre procédure d'enquête avait pour but de confronter ce schéma théorique d'actions, que nous avons synthétisé en figure 3.2 ci-dessous, au vécu relaté par des acteurs de terrain. C'est pourquoi cette procédure reposait sur l'interrogation des acteurs qui devaient porter le virage ambulatoire de l'intérieur des établissements régulés, c'est-à-dire les CPO et les personnes qui selon eux avaient contribué au volet virage ambulatoire de leur feuille de route. Notre grille d'entretiens invitait ces acteurs à décrire leur perception des facteurs clés pour la transformation organisationnelle que constituait le virage ambulatoire, des principaux freins et leviers pouvant permettre d'agir sur ces facteurs, ainsi que de l'aide ou du manque d'appui reçus des acteurs externes pour débloquer ces freins ou actionner ces leviers.

Figure 3.2 : Schéma théorique de fonctionnement de l'autorégulation

(tel que découlant de la rationalité gouvernementale du Plan triennal)



Il ressortait ainsi du schéma théorique de fonctionnement de l'autorégulation quatre variables qui ont constitué les grandes catégories de départ de notre arbre primitif de codage (Miles et Huberman, 1994) au niveau des établissements régulés : 1. les dispositifs de régulation tels que perçus par les personnes interrogées ; 2. les équipes projet portant le changement dans les établissements régulés ; 3. les freins et les leviers mentionnés par ces équipes projet ; et 4. les facteurs que ces équipes projet estimaient être clés pour la concrétisation du virage ambulatoire. Nous avons ensuite décliné de manière inductive, dans un premier cycle descriptif de codage, le contenu de chacune de ces catégories ; puis nous nous sommes intéressés, dans une second cycle de codage, aux relations, négatives ou positives, que ces catégories entretenaient entre elles dans le discours des personnes interrogées (Miles et al., 2014). Toujours en suivant les recommandations de Miles et al. (2014), nous avons résumé les résultats de ces deux cycles de codage de deux manières : sous forme de matrices et de schémas. Les matrices, produites grâces à N-Vivo, permettaient de faire apparaître en ligne le contenu d'une catégorie – par exemple : les dispositifs de régulation mentionnés par les personnes interrogées – et en colonne le contenu des autres catégories avec lequel ces éléments étaient en relation – par exemple : les freins et les leviers ou les équipes projet. Notre codage des relations permettaient de distinguer si ces liens étaient jugés comme étant plutôt positifs ou négatifs par les personnes interrogées. Ces matrices pouvaient être facilement traduites en schémas représentant visuellement le contenu des catégories et les relations entre les éléments de ce contenu. Nous disposions ainsi des schémas du fonctionnement de l'autorégulation tel qu'exprimé par les acteurs de terrain, et nous pouvions confronter ces schémas à celui issu de la rationalité gouvernementale montré en figure 3.2. Notre stratégie d'analyse mixte impliquait de faire d'abord cet exercice au niveau de chaque établissement, puis de créer une méta-matrice reprenant l'ensemble des relations trouvées dans ces cas. À l'aide de cette méta-matrice, nous pouvions finalement construire un schéma de fonctionnement de l'autorégulation recouvrant l'ensemble des cas étudiés. Ce schéma a constitué notre modélisation du fonctionnement de l'autorégulation.

De la sorte, au terme de nos analyses du fonctionnement de la régulation secondaire et de l'autorégulation des établissements de santé, nous disposions d'une réponse plus complète à notre deuxième question de recherche (QR2), interrogeant le fonctionnement du régime de régulation du Plan triennal sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement ». Les résultats de notre QR1 nous renseignant sur la gouvernementalité de cet axe du Plan à l'échelon national, ils apportaient une réponse macro à cette question, que nous pouvions compléter par une typologie du fonctionnement régional de la régulation et par une modélisation de son fonctionnement à l'intérieur des établissements de santé. Nous pouvions dès lors commencer à aborder la question des effets de ce fonctionnement (QR3) en testant cette modélisation sur les établissements ayant pu se saisir à la fois des dispositifs de régulation dures et souples, c'est-à-dire les établissements accompagnés par l'ANAP. Il s'agissait à ce stade de tenter de comprendre pourquoi dans certains cas le fonctionnement de la régulation avait eu les effets escomptés en termes d'adoption du cadre d'organisation du virage ambulatoire, et pourquoi dans certains cas, au contraire, ce fonctionnement avait débouché sur un maintien ou un renforcement du cadre conventionnel d'hospitalisation. Ainsi rapporté à une variable de résultat – l'adoption ou le rejet du cadre d'organisation ambulatoire – notre modèle général pouvait servir à déceler quels agencements des dispositifs de

régulation avaient produits quels effets, ainsi que la part jouée par les dispositifs de régulation souple intermédiée dans ces effets.

Section 4 : Analyser les effets de la régulation souple intermédiée (QR3)

Ainsi que nous l'avons posé dès l'introduction, la question des effets des dispositifs nouveaux de régulation sanitaire (QR3), tels qu'expérimentés lors du Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé français, constitue le point d'aboutissement de notre questionnement de recherche. Ces dispositifs se caractérisant partiellement par leur souplesse et par l'intervention d'un intermédiaire, c'est par conséquent l'effet propre de la régulation souple intermédiée dans l'ensemble des dispositifs de régulation du Plan triennal que nous devions tenter d'isoler et de comprendre. Il ne s'agissait pas de nier l'interaction entre dispositifs durs et souples de régulation, mais au contraire d'identifier quels effets étaient produits par l'adjonction des seconds aux premiers. Conformément aux méthodes dites « a-théoriques » d'évaluation des politiques publiques (Desplatz et Ferracci, 2016, p. 7) nous avons d'abord essayé de mesurer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal par comparaison à une situation contrefactuelle dans laquelle ces dispositifs n'auraient pas existé. Nous avons ensuite utilisé la modélisation du fonctionnement de l'autorégulation issue de notre étude exploratoire de cas pour chercher à expliquer cette efficacité sur un plus grand nombre d'établissements, à l'aide d'une méthode configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009). Nous ne sommes enfin intéressés à l'utilité du cadre d'organisation porté par ces dispositifs de régulation souple intermédiée pour les différentes parties prenantes du système de santé français. Alors que l'analyse de l'efficacité concerne principalement les effets des dispositifs de régulation souple intermédiée sur les organisations régulées (QR3A), l'exploration de l'utilité du virage ambulatoire renvoie également aux effets de ces dispositifs sur les organismes de régulation (QR3B).

Mesurer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal

Comme nous l'avons précisé au deuxième chapitre, l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal comportait des dispositifs nouveaux de régulation à la fois durs et souples. Les dispositifs de régulation dure instaurés par le Plan triennal comprenaient une limitation de l'augmentation des tarifs d'hospitalisation et la fixation par instruction de taux cibles de chirurgie ambulatoire par région ainsi qu'au niveau national. Ces dispositifs s'ajoutaient aux dispositifs préexistants d'exercice d'une contrainte juridique ou financière sur les établissements de santé, dont certains, comme les tarifs uniques, les MSAP, les contrôles d'application des circulaires frontières ou les CPOM, visaient – spécifiquement ou en partie – le virage ambulatoire. Les dispositifs nouveaux de régulation souple créés par le Plan triennal faisaient quant à eux appel à un intermédiaire : l'ANAP, qui avait pour mission d'accompagner plusieurs établissements dans l'accélération du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine. C'est donc l'efficacité de cet

accompagnement par l'ANAP qu'il fallait mesurer pour répondre à la question de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal. Cette évaluation demandait tout d'abord d'*isoler le périmètre d'accompagnement de l'ANAP*. Ainsi que nous l'avons exposé au deuxième chapitre, une modalité proposée par l'ANAP a été structurante pour l'ensemble de son accompagnement : le mentorat. En effet, les établissements qui ont participé à cette modalité ont aussi constitué le plus gros des effectifs des utilisateurs des autres modalités ainsi que des outils thématiques et de monitorage diffusés par l'ANAP. Nous avons par conséquent retenu la participation au mentorat comme critère d'inclusion dans le groupe dit « de traitement » de la politique publique, c'est-à-dire dans le groupe ayant bénéficié des dispositifs d'action publique dont nous souhaitions évaluer l'efficacité (Desplatz et Ferracci, 2016, p. 7). Il convient de remarquer que, puisque ces dispositifs de régulation souple intermédiée visaient des organisations et non des personnes, les établissements de santé représentaient pour notre analyse de l'efficacité des individus au sens statistique du terme, ce qui signifie que ces établissements constituaient les entités élémentaires de notre analyse. Il en découle que les termes de « groupe » et de « population » employés pour cette analyse se réfèrent également à des groupes et à une population d'établissements de santé et non de personnes.

Les méthodes les plus usuelles de mesure de l'efficacité des politiques publiques consistent à comparer l'évolution des variables visées par la politique publique dans un groupe de traitement avec l'évolution des mêmes variables dans un groupe ne bénéficiant pas de cette politique, appelé « groupe de contrôle » (Desplatz et Ferracci, 2016, p. 14). Ces méthodes sont dites « a-théoriques » dans la mesure où elles ne sont pas fondées sur une théorisation préalable du fonctionnement de l'action publique (Desplatz et Ferracci, 2016, p. 7). Deux étapes préalables sont par conséquent nécessaires à l'emploi de ces méthodes : 1. l'identification des variables de résultat de la politique publique ; et 2. la détermination du groupe de contrôle. Concernant *les variables à prendre en compte*, nous avons noté au deuxième chapitre que le virage ambulatoire, en chirurgie comme en médecine, a été traduit dans l'instrumentation quantitative du Plan triennal en trois types d'indicateurs : 1. des indicateurs de taux d'ambulatoire ou de séjours de zéro nuit (TA) ; 2. des indicateurs de durée moyenne de séjour (la DMS et l'IP-DMS) ; 3. des indicateurs d'occupation (TO) ou d'utilisation (TU) des lits. Le virage ambulatoire devait ainsi résulter en une augmentation des TA, une diminution des DMS[27], et une optimisation des TO ou des TU. Les TO n'étant pas disponibles via les bases de données nationales, nous avons pris les TU comme troisième variable. Pour le calcul des TA en chirurgie et en médecine, nous avons interrogé la base PMSI via le requêteur DIAMANT. Nous avons paramétré notre requête pour la chirurgie en suivant la définition du périmètre de la chirurgie ambulatoire donnée par l'instruction DGOS de 2015 fixant les taux cibles sur la durée du Plan (DGOS, 2015)[28]. En l'absence d'un tel

[27] Concernant les durées moyennes de séjour, l'effet de raccourcissement attendu du virage ambulatoire n'était perceptible que par les évolutions de la DMS, puisque l'IP-DMS est calculé en référence à une DMS nationale. Ainsi, si un groupe d'établissements avait vu sa DMS diminuer dans la même proportion que la DMS nationale, l'IP-DMS de ce groupe serait demeuré stable, alors que les séjours réalisés dans ce groupe d'établissements auraient bien été en moyenne plus courts qu'auparavant.

[28] Ce périmètre comprend les séjours chirurgicaux – classés en C dans la dernière nomenclature du PMSI – hors gynéco-obstétrique (séjours de catégories 14 et 15), ainsi que quatre techniques peu invasives – classés K – impliquant systématiquement un passage au bloc opératoire, des opérations de chirurgie esthétique, les

référentiel en médecine, nous avons paramétré notre requête du taux de séjours de zéro nuit dans ce secteur en suivant le périmètre du virage ambulatoire retenu par l'IGF et l'IGAS (IGF-IGAS, 2016) pour la médecine. Toutefois, à la différence de la proposition formulée par l'IGF et l'IGAS (IGF-IGAS, 2016), nous n'avons pas exclu les séjours non programmés, car nous avons observé dans notre dernière étude de cas, en novembre 2017, des pratiques d'adressage vers l'hôpital de jour de médecine depuis les urgences. Pour les DMS, nous avons également utilisé les données du PSMI via DIAMANT. Nous avons gardé les mêmes requêtes que pour le TA, mais en ne conservant que les séjours d'au moins une nuit. Les TU étaient quant à eux fournis par Hospi Diag, au moyen d'une requête pré-paramétrée croisant les données du PSMI et de la SAE.

Une fois les variables de résultat de la politique publique connues, il nous fallait *définir un groupe de contrôle* auquel comparer les évolutions du groupe de traitement sur ces variables. La méthode de comparaison privilégiée pour l'évaluation des politiques publiques est celle de l'essai contrôlé randomisé, dans laquelle des individus appartenant à la même population sont assignés aléatoirement au groupe de traitement et au groupe de contrôle (Bouguen et Seban, 2014). Or, dans notre cas, l'application de cette méthode n'était pas possible, puisque les établissements ayant principalement bénéficié des dispositifs de régulation souple intermédiée, c'est-à-dire les établissements ayant participé au programme de mentorat de l'ANAP, n'avaient pas été sélectionnés de manière aléatoire, mais selon des critères définis par chaque ARS. Le choix de la méthode alternative à employer dépendait de l'existence ou non d'un biais de comparaison résultant de cette sélection. En effet, lorsque la participation aux dispositifs de la politique publique est déterminée par des critères autres que les variables de résultats, le chercheur peut alors prendre le reste de la population comme groupe de contrôle (Desplatz et Ferracci, 2016). En revanche, lorsque l'inclusion dans le groupe de traitement a été faite en fonction des variables de résultats, les valeurs initiales du groupe de traitement sur ces variables risquent de ne plus être comparables à celle du reste de la population. Il est alors nécessaire de créer un groupe de pairs présentant les mêmes caractéristiques observables de départ que le groupe de traitement. Les données issues des entretiens avec les ROP faisaient ressortir que si certaines régions avaient bien retenu des indicateurs du virage ambulatoire comme critères d'inclusion dans le programme de mentorat de l'ANAP, des considérations de taille, de volume d'activité, de situation financière ou de regroupement au sein de GHT avait été mêlées ou substituées à ces critères dans la plupart des régions. Nous ne pouvions donc pas savoir a priori si l'inclusion dans le groupe de traitement avait été, dans son ensemble, corrélée ou non aux variables de résultats. Nous avons par conséquent procédé à cette vérification a posteriori, en comparant les valeurs des indicateurs du virage ambulatoire dans le groupe de traitement avec celle du reste de la population observable au 31 décembre 2014, soit à la veille du commencement du Plan triennal. Puisque seuls des établissements publics et des ESPIC composaient le groupe de traitement, nous n'avons considéré que la population d'établissements de mêmes statuts et exclu de ce fait les établissements privés à but lucratif de l'étude.

Pour réaliser ces comparaisons initiales, nous avons eu recours aux *méthodes d'analyse de la variance* communément employées pour mesurer les effets d'un traitement dans les devis

---

interruptions volontaires de grossesse (IVG) de moins de trois jours, et des opérations chirurgicales de confort non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

de recherche expérimentaux ou quasi-expérimentaux[29] (Lachance et Raîche, 2014). Ces méthodes reposent sur la comparaison des moyennes des groupes. Toutefois, elles sont soumises à de nombreuses conditions d'applicabilité, dont notamment : une complétude suffisante des données[30], l'absence de valeurs extrêmes, l'indépendance des observations entre elles, la normalité de la distribution des valeurs et l'homogénéité de la variance sur l'ensemble des groupes[31]. Le non respect de l'un au moins de ces postulats est susceptible de fausser l'interprétation des moyennes et donc de biaiser les résultats de l'analyse. C'est pourquoi nous avons d'abord comptabilisé les valeurs manquantes dans le groupe de traitement et dans le reste de la population. Nous avons ensuite retiré les valeurs manifestement aberrantes et extrêmes. Pour le repérage des valeurs extrêmes, nous avons utilisé l'une des méthodes préconisées par Lachance et Raîche (2014) pour les analyses multi-variées : la distance de Mahalanobis au carré. Nous avons en outre jugé que le principe d'autorégulation constituait une garantie suffisante d'indépendance entre les observations. Concernant le postulat de normalité, le respect de celui-ci en analyse multi-variée suppose en premier lieu que chaque variable soit normalement distribuée. Nous avons donc procédé à la vérification de la normalité de la distribution de chaque variable à l'aide des tests de Shapiro-Wilk et de Kolmogorov-Smirnov recommandés par Lachance et Raîche (2014). La condition de normalité ne s'étant jamais vérifiée sur l'ensemble des variables en chirurgie comme en médecine, nous n'avons pas eu besoin de vérifier la normalité de leurs combinaisons linéaires.

De plus, le non respect du postulat de normalité sur plusieurs variables d'un même secteur nous a contraints à recourir à des tests non-paramétriques pour les comparaisons entre les groupes sur ces variables. À la différence des tests en analyse de la variance, les tests non-paramétriques ne comparent pas les moyennes de groupes mais les rangs occupés par les valeurs de chacun des groupes triées par ordre croissant. Nous avons employé le test non-paramétrique le plus courant pour la comparaison entre groupes indépendants, c'est-à-dire composés d'individus différents : celui des scores de Wilcoxon. Ce test consiste à estimer la probabilité que la somme des rangs occupés par les valeurs soit égale entre les groupes. Ce test ne requiert pas que les valeurs soient distribuées selon une loi normale, mais il est lui aussi sensible aux valeurs extrêmes ou manquantes. Lorsque la condition de normalité était respectée sur une variable, nous avons clos la vérification des postulats de l'analyse de la variance en nous assurant que la variance était bien homogène sur les deux groupes grâce au test de Levene (Lachance et Raîche, 2014). Pour les variables satisfaisant l'ensemble des prérequis de l'analyse de la variance, nous avons comparé les moyennes initiales des deux groupes et soumis à un test de Student à deux échantillons indépendants l'hypothèse d'égalité entre ces moyennes.

Ces comparaisons des valeurs initiales du groupe de traitement avec celles du reste de la population ayant révélé des biais de sélection en chirurgie comme en médecine, nous avons

[29] Un devis de recherche est considéré comme expérimental lorsque l'affectation entre les groupes est aléatoire, et comme quasi-expérimental lorsque l'affectation est due à un événement exogène indépendant du traitement – on parle alors d'expérimentation naturelle – ou à un contrôle effectué par le chercheur sur la base des caractéristiques observables des groupes (Desplatz et Ferracci, 2016).

[30] Lachance et Raîche (2014) estiment que le nombre de données manquantes peut être considéré comme important lorsqu'il dépasse 5 % de la population étudiée.

[31] Le terme statistique pour désigner l'homogénéité de la variance est l'« homoscédasticité » (Lachance et Raîche, 2014, p. 567).

dû procéder à des appariements de manière à définir des groupes de contrôle – un en chirurgie et un en médecine – qui présentaient des valeurs initiales similaires à celui du groupe de traitement sur les trois variables de résultats. Comme le préconisent Desplatz et Ferracci (2016) nous avons réalisé ces appariements en utilisant la méthode des scores de propension (Caliendo et Kopeinig, 2008). Cette méthode consiste à attribuer à chaque individu du groupe de traitement un pair n'ayant pas bénéficié de ce traitement mais présentant une probabilité similaire d'y être exposé au commencement de la politique publique. La probabilité d'exposition au traitement, qui est appelée score de propension, est calculée par régression logistique sur l'ensemble de la population, en prenant comme variable dépendante la participation au traitement et comme variables indépendantes les variables de résultat, à leurs valeurs initiales. Afin de ne pas fausser l'analyse, nous avons préalablement exclu de la population les valeurs manquantes et extrêmes. Nous avons ensuite assigné à chaque établissement du groupe de traitement l'établissement pair qui, dans le reste de la population, offrait le score de propension le plus proche du sien. Afin d'éviter une sur-représentativité de certains établissements dans le groupe de contrôle, nous avons suivi une procédure d'attribution sans remise, en partant du score de propension maximale dans le groupe de traitement. Cela signifie qu'une fois assigné à un établissement du groupe de traitement, chaque établissement pair n'était plus pris en compte dans l'analyse de proximité pour les établissements suivants du groupe de traitement. Après constitution de l'ensemble des paires, nous nous sommes assurés qu'il n'existait plus de différence significative entre les valeurs du groupe de traitement et celles du groupe de contrôle à fin décembre 2014. Lorsque les conditions d'applicabilité de l'analyse de la variance étaient réunies, nous avons comparé les moyennes des groupes et éprouvé l'hypothèse d'égalité de ces moyennes à l'aide d'un test de Student à deux échantillons indépendants. Dans le cas contraire, nous avons eu recours au test unilatéral de Wilcoxon à deux échantillons indépendants.

Une fois le groupe de contrôle défini, nous avons mesuré l'effet de la participation au traitement selon le principe des *différences de différences* (Bertrand et al., 2004) sur chaque variable de résultat. Dans cette méthode, l'effet du traitement est compris comme l'écart de la différence d'évolution entre les groupes avant et après le traitement. L'évolution avant le traitement – appelée évolution ex-ante – doit être considérée sur une durée égale à celle de l'exposition au traitement – qui détermine une évolution ex-post. Dans le cas des dispositifs de régulation souple intermédiée que nous avons observés, la durée d'exposition totale au traitement a été de trois ans, de 2015 à 2017. Toutefois, l'incomplétude de la SAE pour l'année 2017 ne permettait d'obtenir le TU en chirurgie que pour 80 % du groupe de traitement et le TU en médecine pour seulement 45 % des établissements de ce groupe. Les données SAE 2016 permettait en revanche d'élever ces taux d'exhaustivité à 89 % en chirurgie et à 92 % en médecine[32]. C'est pourquoi nous avons préféré limiter notre analyse à l'effet du traitement à deux ans, en comparant l'évolution des variables de fin 2014 à fin 2016 à leur évolution de fin 2012 à fin 2014. Nous avons d'abord calculé la différence d'évolution entre ces deux périodes pour chacun des groupes, puis nous avons ensuite constaté l'écart existant entre le groupe de traitement et le groupe de contrôle sur cette différence. Lorsque la

[32] Les taux d'exhaustivité pouvaient même être en réalité plus élevés, car il est possible que les valeurs manquantes aient correspondu à une absence réelle d'activité, notamment en chirurgie, et non à une lacune dans la complétude des bases de données.

distribution des différences d'évolution satisfaisait les conditions d'applicabilité de l'analyse de la variance, nous avons estimé la significativité de cet écart à l'aide de tests de Student à deux échantillons indépendants. Lorsque ces conditions n'étaient pas remplies, nous avons évalué la significativité de l'écart avec des tests unilatéraux de Wilcoxon à deux échantillons indépendants. En outre, nous avons réalisé des analyses complémentaires pour savoir si l'effet éventuel du traitement avait entraîné une inflexion de tendance au sein du groupe de traitement, et si cette inflexion avait rompu l'existence d'une tendance commune entre les deux groupes. Nous avons tout d'abord vérifié que cette une tendance commune entre les deux groupes était bien observable avant le traitement, en comparant leurs évolutions ex-ante et en analysant les écarts selon les mêmes tests que pour l'effet du traitement. Nous nous sommes ensuite interrogés sur la persistance de cette tendance commune après le traitement, en répétant la même analyse sur l'évolution ex-post. Nous avons également testé la significativité de ces évolutions et de leur différence pour chaque groupe pris isolément, en effectuant des tests de Student à mesures répétées lorsque les conditions le permettaient, et en ayant sinon recours à des tests des rangs signés de Wilcoxon[33]. Enfin, nous avons regardé si les valeurs des deux groupes à la fin du traitement présentaient des différences significatives, à l'aide des mêmes tests que précédemment pour les échantillons indépendants, afin de savoir si l'effet éventuel du traitement avait induit des différences entre eux qui n'existaient pas au début du traitement.

À l'issue des calculs des différences de différences sur chaque variable du virage ambulatoire, en chirurgie et en médecine, nous disposions donc d'une mesure de l'efficacité propre des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal, c'est-à-dire de leur contribution à la progression dans le virage ambulatoire des établissements qui avaient bénéficié de ces dispositifs. Toutefois, il n'était pas possible, à l'aide des méthodes employées, de savoir si l'effet ainsi mesuré était le produit des dispositifs de régulation souple intermédiée en eux-mêmes ou le résultat de leur interaction avec les dispositifs de régulation dure. En outre, puisque ces dispositifs impliquaient une appropriation par les établissements régulés, l'effet observé ne reflétait pas l'efficacité absolue des dispositifs de régulation souple intermédiée, mais l'efficacité de leur usage par les établissements régulés. Comprendre l'effet ainsi mesuré demandait par conséquent de savoir quels usages de ces dispositifs, pris isolément ou en combinaison avec les dispositifs de régulation dure, avaient été efficaces. Il s'agissait donc de compléter l'analyse de l'efficacité par une identification des facteurs ayant causé le succès ou l'échec de la politique publique. Deux types de méthodes explicatives sont couramment utilisés en évaluation des politiques publiques pour traiter cette question (Desplatz et Ferracci, 2016) : 1. des méthodes quantitatives reposant sur le test d'hypothèses à l'aide d'une modélisation ; et 2. des méthodes qualitatives fondées sur l'interrogation des acteurs de la politique publique. Les premières supposent des relations causales suffisamment simples pour pouvoir être testées grâce à des modèles économétriques sur un grand nombre de cas. Les secondes en revanche peuvent rendre compte de relations causales plus complexes, mais à une échelle souvent trop petite pour pouvoir porter un jugement sur l'efficacité de la

[33] Conçu pour des mesures répétées sur un même échantillon, le test des rangs signés de Wilcoxon revient à classer en rangs croissants les différences individuelles entre un instant t et un instant t+1, puis à comparer la somme des rangs correspondant à des différences négatives à celle des rangs correspondant à des différences positives. Si ces sommes sont égales, cela signifie qu'il n'y a pas de différence significative entre la distribution des valeurs de l'échantillon entre t et t +1.

politique dans son ensemble. C'est pourquoi nous avons choisi une méthode explicative alternative, intermédiaire entre ces deux extrêmes, qui permet d'expliciter des relations causales complexes y compris sur un grand nombre de cas (Desplatz et Ferracci, 2016; Misangyi et al., 2017) : l'analyse configurationnelle comparative.

Expliquer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal

L'analyse configurationnelle comparative vise à *identifier des combinaisons de conditions nécessaires et/ou suffisantes à l'obtention d'un résultat* (Rihoux et Ragin, 2009). Elle permet aussi de savoir si certaines combinaisons de conditions sont nécessaires ou suffisantes à l'absence de ce résultat. L'emploi de cette méthode en science de gestion est allé croissant depuis son introduction dans ce champ de recherche il y a une dizaine d'année (Vergne et Depeyre, 2016). L'une des raisons de ce développement rapide est la capacité de l'analyse configurationnelle comparative à traiter de relations de causalité multiples et non obligatoirement linéaires, sur une dizaine comme sur plusieurs centaines de cas (Misangyi et al., 2017). Toutefois, à notre connaissance, il n'existe pas encore d'exemple publié d'emploi de cette méthode pour l'évaluation de politiques publiques promouvant l'adoption de cadres d'organisation. Pourtant, cette méthode est précisément conçue pour connaître les facteurs de succès ou d'échec par rapport à un résultat attendu, ce qui constitue l'objectif de toute méthode d'évaluation explicative des politiques publiques (Desplatz et Ferracci, 2016). En outre, à l'instar des méthodes communément admises d'évaluation des politiques publiques, l'analyse configurationnelle comparative peut prendre en compte des situations contrefactuelles. L'analyse configurationnelle comparative repose sur une compréhension nouvelle de la causalité, qui n'est plus définie en termes de corrélation mais en termes de relations de suffisance ou de nécessité, par application de la théorie des ensembles (Fiss, 2011). Selon cette théorie, une condition, ou un ensemble de conditions, est nécessaire à la production d'un résultat si elle se retrouve dans l'ensemble des cas où ce résultat se produit et si elle est absente dans l'ensemble des cas où ce résultat ne se produit pas. Dans cette même logique, une condition, ou un ensemble de conditions, est suffisant(e) à la production d'un résultat si ce résultat se produit dans l'ensemble des cas où cette/ces condition(s) est/sont présente(s).

Ainsi, pour reprendre la métaphore du régime alimentaire, si l'ensemble des personnes observées qui ont perdu de la masse corporelle ont fait une activité physique régulière, alors que celles qui n'ont pas perdu de masse n'ont pas fait d'activité physique régulière, on pourra en conclure que l'activité physique régulière est une condition nécessaire à la perte de masse corporelle. En revanche, il se peut qu'un nombre important de personnes ait eu une activité physique régulière sans perdre de masse. Dans ce cas, l'activité physique régulière constituerait une condition nécessaire mais non suffisante à la perte de masse, signifiant que cette activité doit être combinée à d'autres pratiques pour que la perte de masse ait lieu. Si l'ensemble des personnes qui ont une activité physique régulière et qui ne mangent pas entre les repas perdent de la masse, cela veut dire que cette combinaison de conditions est en revanche suffisante pour perdre de la masse. Mais cela peut n'être qu'une des solutions possibles d'amaigrissement. Si par exemple l'ensemble des personnes qui ont une activité

physique régulière, qui mangent entre les repas mais qui consomment peu de glucides perdent aussi de la masse, alors cette configuration diététique représente une autre solution possible pour perdre de la masse corporelle. Il doit être noté également que l'absence d'une combinaison de conditions suffisantes n'entraîne pas systématiquement la survenue du résultat inverse. Le gain de masse pourra par conséquent être le produit de combinaisons de conditions qui ne sont pas les strictes opposées des solutions d'amaigrissement. Cet exemple fictif illustre *plusieurs des avantages de l'analyse configurationnelle comparative* : 1. elle permet de distinguer clairement les relations causales de nécessité et de suffisance ; 2. elle n'est pas limitée en nombre d'interactions entre les variables potentiellement explicatives ; 3. elle peut prendre en compte des variables explicatives qualitatives – manger entre les repas – ou quantitatives – consommer peu de glucides ; 4. elle admet plusieurs solutions possibles pour l'obtention d'un même résultat ; et 5. elle ne traite pas les facteurs d'échec comme une simple copie en négatif des facteurs de succès, mais conçoit qu'il puisse exister des explications propres aux situations d'échec.

En pratique, des marges d'erreur sont tolérées pour l'*appréciation des relations de nécessité et de suffisance*. Le degré de vérification empirique des relations – de suffisance ou de nécessité – dans un ensemble de cas est dénommé « cohérence » (Rihoux et Ragin, 2009, p. 182). Ainsi, si la relation de suffisance se vérifie au moins dans 80 % des cas présentant une ou un ensemble de condition(s), celle(s)-ci peu(ven)t être considérée(s) comme suffisante(s) ; de la même manière, si la relation de nécessité se vérifie au moins dans 90 % des cas où le résultat se produit, la ou les conditions de cette relation peu(ven)t être considérée(s) comme nécessaire(s) (Vergne et Depeyre, 2016). Ragin (2000) a prouvé que le seuil de 80 % équivalait au niveau de risque alpha de 5 % communément admis dans les approches probabilistes. Toutefois, les seuils de cohérences à retenir doivent être appréciés au regard des scores de cohérence des différentes combinaisons possibles de conditions. Rihoux et Ragin (2009) conseillent de repérer, au-delà des valeurs minimales de 80 % et 90 %, l'existence d'un saut dans les scores de cohérence, qui signalerait le seuil à employer. Il convient en outre de s'assurer que ces relations de nécessité et de suffisance ne sont pas également vraies pour les cas où le résultat étudié ne se produit pas. En effet, pour continuer notre exemple, si le mode de vie sédentaire est une condition présente dans tous les cas de perte et de gain de masse corporelle, il ne s'agit pas d'une condition nécessaire mais simplement d'une condition triviale, c'est-à-dire partagée par l'ensemble des cas observables. Pareillement, si une combinaison de conditions est suffisante à la fois pour la présence et pour l'absence d'un résultat, il n'est pas possible de savoir s'il s'agit d'une configuration d'échec ou de succès. Il est également intéressant de noter le degré de « couverture » des solutions obtenues, c'est-à-dire le nombre de cas de l'échantillon observé dont ces solutions permettent de rendre compte (Rihoux et Ragin, 2009, p. 182). Ce degré de couverture, à l'instar du R^2 pour les régressions, renseigne sur la part du phénomène étudié que l'analyse permet d'expliquer.

L'analyse configurationnelle comparative est souvent désignée sous l'appellation Analyse qualitative comparative, fréquemment abrégée en sigle : QCA, pour Qualitative Comparative Analysis en anglais (Rihoux et Ragin, 2009). Cette appellation provient de l'usage originel de cette méthode, qui a été initialement conçue pour systématiser l'analyse qualitative de cas. Toutefois, cette désignation nous paraît réductrice, dans la mesure où l'analyse configurationnelle comparative peut traiter des variables qualitatives comme quantitatives

(Rihoux et Ragin, 2009). C'est pourquoi le terme de méthodes configurationnelles comparatives, forgé par Rihoux et Ragin (2009), nous semble plus approprié. Ce terme est au pluriel car il existe différentes méthodes d'analyse configurationnelle comparative selon le caractère dichotomique[34] ou continu de la variable de résultat à expliquer. Lorsque la variable de résultat est binaire – présence ou absence du résultat attendu – la théorie mathématique sous-jacente à l'analyse est celle des ensembles nets ; lorsqu'au contraire la variable de résultat est continue, l'analyse mobilise la théorie des *ensembles flous*.

Les principes de base demeurent les mêmes entre les deux méthodes, mais l'analyse en ensembles flous suppose de définir, pour la variable de résultat comme pour les variables de condition, un score d'appartenance aux ensembles que constituent ces variables. Ce score d'appartenance oscille entre deux extrêmes : celui de l'appartenance complète – noté 1 – et celui de la non-appartenance complète – noté 0. À équidistance entre ces deux extrêmes se situe le point d'ambigüité maximale – noté 0,5 – auquel il n'est pas possible de dire si le cas appartient ou non à un ensemble. Une opération de calibration de la variable de résultat et de chaque variable de condition est par conséquent à effectuer préalablement à l'emploi de la méthode en ensembles flous. Cette opération revient à se demander, pour chacune de ces variables, quels sont les critères – quantitatifs ou qualitatifs – qui déterminent la pleine appartenance au résultat ou à la condition, la complète absence de ce résultat ou de cette condition, ainsi que le passage en-dessous ou au-dessus du point d'ambigüité maximale. Le score d'appartenance d'un cas à une combinaison de conditions est donné, en algèbre booléenne, par le score minimal d'appartenance de ce cas à chacune des conditions formant la combinaison. Dans la méthode en ensemble flou, la relation de nécessité va être établie – avec la même marge d'erreur admissible de 10 % que précédemment – si la somme des scores d'appartenance au résultat dans l'échantillon de cas observés est inférieure à la sommes des scores d'appartenance à une condition – ou à une combinaison de conditions – dans cet échantillon. Inversement, la relation de suffisance va pouvoir être constatée si la somme des scores d'appartenance à une condition – ou à une combinaison de conditions – est inférieure la somme des scores d'appartenance au résultat – avec une marge d'erreur maximale tolérée égale à 20 % de cette somme. En conséquence, le degré de cohérence des relations de nécessité et le degré de couverture des solutions ne vont plus être exprimés en nombre de cas mais en pourcentage du total des scores d'appartenance au résultat dans les cas observés. De la même manière, le degré de cohérence des relations de suffisance va être calculé en pourcentage du score total d'appartenance à la condition ou à la combinaison de conditions dans l'échantillon. Une mesure – la réduction proportionnelle d'incohérence (RPI) – permet en outre de contrôler le caractère univoque des relations de suffisance, en excluant du calcul du degré de cohérence les cas où la relation de suffisance se vérifie à la fois pour le résultat et pour l'absence de résultat. Le seuil minimal recommandé de RPI est de 75 % (Misangyi et Acharya, 2014).

Comme toute méthode, l'analyse configurationnelle comparative exige *certaines conditions d'applicabilité*. La première est une hétérogénéité des cas observés tant en matière de résultats que de conditions (Rihoux et Ragin, 2009). En effet, si l'échantillon n'est composé que de cas où le résultat se produit, il ne sera pas possible de savoir si les relations

[34] La méthode dichotomique peut être déclinée en une variante adaptée à des conditions multimodales (Rihoux et Ragin, 2009).

de nécessité ou de suffisance valent uniquement pour ce résultat, ou pour ce résultat et l'absence de celui-ci. Pareillement, si tous les cas présentent la même configuration de conditions indépendamment du résultat, il ne pourra être tiré aucune conclusion probante de l'analyse. La seconde condition d'applicabilité des méthodes configurationnelles comparatives est le rapport entre le nombre de cas observé – noté N – et le nombre de conditions retenues pour l'analyse – noté k. Pour comprendre ce prérequis, il est plus simple de visualiser l'ensemble des combinaisons possibles de conditions comme un espace vectoriel à 2^k dimensions, puisque les conditions peuvent être soit absentes soit présentes. Les cas observables vont se situer dans les coins de cet espace vectoriel, ou, en ensembles flous, à plus ou moins grande proximité de ces coins, en fonction de leur score d'appartenance à la combinaison de conditions correspondant à chaque coin. S'il y a moins de cas que de coins dans l'espace vectoriel, il est probable que de nombreux coins se retrouvent vides, c'est-à-dire sans preuve empirique permettant d'apprécier la survenue du résultat ou son absence dans ces combinaisons de conditions. C'est pourquoi il est préférable de conserver un rapport entre le nombre des cas et le nombre de conditions tel que $N \geq 2^k$. Afin de limiter le nombre de conditions à prendre en compte dans l'analyse, Rihoux et Ragin (2009) recommandent d'en fonder le choix à la fois sur une connaissance du terrain et en référence à la littérature sur le phénomène étudié.

Bien que l'analyse configurationnelle comparative puisse en théorie être employée dans des approches inductives comme déductives (Rihoux et Ragin, 2009), cette limitation du nombre de conditions rend la démarche déductive plus aisée. Rihoux et Ragin (2009) incitent également à employer une démarche hypothético-déductive afin de limiter la complexité des solutions identifiées par l'analyse. En effet, une manière de réduire cette complexité est de prendre en compte des cas contrefactuels, non présents dans l'échantillon observé, mais qui sont les miroirs des cas observés. On supposera ainsi que si une personne observée qui a une activité physique régulière et qui ne mange pas entre les repas maigrit, une personne qui n'aurait pas d'activité physique régulière et qui mangerait entre les repas ne perdrait pas de masse corporelle. Ces cas miroirs sont désignés par Rihoux et Ragin sous le vocable de « *restes logiques* » (Rihoux et Ragin, 2009, p. 182). La prise en compte de ces restes logiques permet une présentation plus parcimonieuse des résultats de l'analyse, grâce aux opérations de minimalisation qui peuvent être effectuées en algèbre booléenne[35]. Toutefois, l'intégration des restes logiques dans les résultats présente dans le même temps un risque de perte d'adhérence avec la réalité observée. Pour cette raison, Rihoux et Ragin (2009) proposent de privilégier une position intermédiaire entre le choix de solutions complexes – sans prise en compte des restes logiques – et parcimonieuses – prenant en compte l'ensemble des restes logiques possibles. Cette voie intermédiaire consiste à ne conserver pour les opérations de minimalisation des solutions que les restes logiques qui sont en cohérence avec des hypothèses que le chercheur tire de sa connaissance du terrain et de sa recension des écrits sur le phénomène étudié.

Enfin, le nombre de cas est également important pour éviter que les relations de suffisance ou de nécessité ne soient assises que sur un faible nombre de preuves. C'est pourquoi

[35] Si par exemple les personnes ayant une activité physique et ne mangeant pas entre les repas maigrissent, qu'elles absorbent ou non beaucoup de glucides, l'absorption de glucides devient dès lors indifférente pour ce groupe de personnes. L'absorption de glucide n'apparaîtra donc pas dans la forme minimale, c'est-à-dire réduite à sa plus simple expression, de cette solution d'amaigrissement.

plusieurs auteurs ont préféré prédéfinir *un seuil minimal de fréquence* de trois cas pour établir la cohérence de ces relations (Fiss, 2011; Misangyi et Acharya, 2014). Toutefois, ce seuil de trois cas n'est pas absolu, et doit être adapté en fonction de la taille de l'échantillon et de la perte d'exhaustivité des résultats que son application entraine (Rihoux et Ragin, 2009). À la suite de Fiss (2011), Misangyi et Acharya (2014) préconisent de ne pas exclure plus de 20 % de l'échantillon.

Conformément aux recommandations de Rihoux et Ragin (2009), nous avons assis notre emploi de l'analyse configurationnelle comparative à la fois sur des bases empiriques et théoriques. Nous nous sommes tout d'abord appuyés sur la modélisation du fonctionnement de l'autorégulation issue de notre étude exploratoire de cas pour identifier les conditions pouvant influencer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée. Il ressortait de cette modélisation que les équipes projet ayant porté le changement ambulatoire dans ces trois établissements avaient mobilisé ces dispositifs pour actionner deux types de leviers : des leviers managériaux, reposant sur la conduite du changement, et des leviers opérationnels, touchant certains processus opérationnels concernés par le virage ambulatoire. Nous avons donc traité ces deux ensembles de conditions en deux analyses distinctes. Pour ces deux analyses, nous avons *calibré de la même manière la variable correspondant au résultat que nous souhaitions expliquer, c'est-à-dire le changement de cadre d'organisation.* Ce résultat pouvant varier en intensité, nous avons utilisé une analyse comparative configurationnelle en ensembles flous. Toutefois, les données quantitatives que nous avions recueillies pour mesurer l'effet des dispositifs de régulation souple intermédiée confirmait que l'ambulatoire ne constituait pour la majorité des établissements de santé un cadre alternatif global d'organisation qu'en chirurgie sur la période 2014 - 2016. Pour cette raison, nous avons restreint le périmètre de notre étude des conditions de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée au seul virage ambulatoire *en chirurgie*. En effet, il existait trop peu de cas de remplacement du cadre d'hospitalisation conventionnelle par le cadre ambulatoire en médecine pour offrir une hétérogénéité suffisante des résultats dans ce secteur.

Nous avons donc ensuite appliquée au virage ambulatoire en chirurgie l'échelle bidirectionnelle du changement institutionnel que nous avons présentée au premier chapitre, dans le tableau 1.2. À cette fin, nous avons pris en compte les cadres d'organisation intermédiaires entre l'hospitalisation conventionnelle et l'hospitalisation ambulatoire, c'est-à-dire l'hospitalisation de semaine et de jour. Pour chaque établissement ayant participé au programme du mentorat de l'ANAP, nous avons calculé le degré de proximité à chacun de ces cadres avant le commencement de l'accompagnement de l'ANAP – soit fin 2014 – et après deux ans d'accompagnement – soit fin 2016. Afin de définir les caractéristiques de chacun des cadres, nous nous sommes reporté aux valeurs de référence pour fin 2016 des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie, telles que retenues par l'ANAP (ANAP, 2017) et exposées au deuxième chapitre dans le tableau 2.3.

Comme le montre le tableau 3.6 ci-après, nous avons considéré que le cadre de l'hospitalisation ambulatoire était en place dans les établissements qui atteignaient simultanément les valeurs cibles de TA et de DMS. En effet, dans ces établissements, l'hospitalisation de jour était majoritaire et les durées de séjour inférieures à une semaine. À l'opposé, le cadre d'hospitalisation conventionnelle perdurait dans les établissements qui s'écartaient de plus de 50 % de ces deux cibles. Entre ces deux extrêmes, les établissements qui atteignaient la cible de DMS mais pas de celle de TA semblaient se situer au stade

intermédiaire de l'hospitalisation de semaine. À l'inverse, ceux qui atteignaient la cible de TA mais pas celle de DMS semblaient se situer au stade intermédiaire de l'hospitalisation de jour. Nous avons, en sus, pris en compte la cible de TU comme un indicateur de l'optimisation capacitaire de ces modèles.

Tableau 3.6. Caractéristiques des cadres d'organisation du virage ambulatoire

Cadre	Niveau DMS	Niveau TA	Descriptif
HC[1]	7,71	27,35	Forte majorité (≈3/4) des patients hébergés, plus d'une semaine en moyenne
HS[2]	5,14	27,35	Forte majorité (≈3/4) des patients hébergés, moins d'une semaine en moyenne
HJ[3]	7,71	54,7	Moins de la moitié des patients hébergés, plus d'une semaine en moyenne
HA[4]	5,14	54,7	Moins de la moitié des patients hébergés, moins d'une semaine en moyenne
Le cadre est considéré comme optimisé d'un point de vue capacitaire si TU ≥ 94 %			

[1] *Hospitalisation conventionnelle*
[2] *Hospitalisation de semaine*
[3] *Hospitalisation de jour*
[4] *Hospitalisation ambulatoire*

En comparant le cadre d'organisation dont chaque établissement était le plus proche fin 2014 et fin 2016, à l'aide des indicateurs recueillis dans les bases PMSI et SAE via les requêteurs DIAMANT et Hospi Diag, nous pouvions donc rendre compte de la direction et de l'intensité du changement survenu au sein de chaque cas d'accompagnement après deux ans. Le tableau 3.7 ci-après indique le score d'appartenance au virage ambulatoire correspondant à chaque situation empirique de changement que nous avons pu observer. La transformation de l'hospitalisation conventionnelle à l'hospitalisation ambulatoire dans les deux premières années du Plan triennal signalait une appartenance complète au virage ambulatoire en tant que variable de résultat, induisant un score d'appartenance de 1. À l'autre extrême de l'échelle, la transformation inverse – du cadre l'hospitalisation ambulatoire au cadre d'hospitalisation conventionnel – témoignait d'une complète non-appartenance au virage ambulatoire, traduite par un score de 0. À mi-chemin entre ces deux extrêmes, la maintenance du cadre d'hospitalisation ambulatoire constituait le point d'ambiguïté maximale du changement, dans la mesure où il s'agissait d'un changement divergent du point de vue du champ hospitalier mais convergent à l'échelle de l'organisation. Conformément aux principes de calibrage des variables en analyse configurationnelle comparative, nous avons attribué à ces cas d'ambiguïté maximale le score de 0,5.

Au-delà de ce score, nous avons distingué les cas de développement, dans lesquels l'établissement n'a pas changé de cadre d'organisation entre 2014 et 2016 mais s'est rapproché d'un autre cadre plus divergent, des cas de transformation, impliquant le passage d'un cadre existant à un cadre plus divergent. Nous avons établi le partage entre les cas de développement et les cas de transformation au score de 0,75. Nous avons ensuite partitionné chacun de ces deux ensembles de cas selon que le développement ou le transformation suivait

un pas évolutif, d'un cadre d'organisation à celui qui lui a historiquement succédé dans le champ, ou marquait une rupture révolutionnaire, par un saut entre plusieurs cadre d'organisation. Enfin, à l'intérieur de chaque gradient, nous avons classé les situations de changement de la moins à la plus divergente et placé ces situations à des intervalles de score réguliers. Nous avons toutefois espacé les scores de chaque gradient de 0,05, afin que l'écart de scores entre les gradients soit toujours supérieur aux intervalles de scores à l'intérieur d'un même gradient.

Tableau 3.7. Calibrage des scores d'appartenance au virage ambulatoire en chirurgie, de fin 2014 à fin 2016

Degré	Correspondances empiriques pour le virage ambulatoire	Score	N
4. Déplacement	Transformation de HC à HA* / HA	**1** / 0.975	20
	Transformation de HS à HA* / HA	0.95 / 0.925	
	Transformation de HC à HJ* / HJ	0.9 / **0.875**	
3. Accumulation	Transformation de HJ à HA* / HA	0.825 / 0.81	10
	Transformation de HS à HJ* / HJ	0.795 / 0.78	
	Transformation de HC à HS* / HS	0.765 / **0.75**	
2. Ajustement	Développement de HA* / HA dans HC	0.7 / 0.685	40
	Développement de HA* / HA dans HS	0.67 / 0.655	
	Développement de HJ* / HJ dans HC	0.640 / **0.625**	
1. Alignement	Développement de HA* / HA dans HJ	0.575 / 0.570	12
	Développement de HJ* / HJ dans HS	0.565 / 0.560	
	Développement de HS* / HS dans HC	0.555 / 0.55	
-1. Persistance	Développement de HA* / HA	**0.5** / 0.489	23
	Développement de HJ* / HJ	0.479 / 0.468	
	Développement de HS* / HS	0.457 / 0.446	
	Développement de HC* / HC	0.436 / 0.425	
-2. Résistance	Développement de HJ* / HJ dans HA	**0.375** / 0.368	8
	Développement de HS* / HS dans HJ	0.361 / 0.355	
	Développement de HC* / HC dans HS	0.348 / 0.341	
	Développement de HS* / HS dans HA	0.334 / 0.327	
	Développement de HC* / HC dans HJ	0.320 / 0.314	
	Développement de HC* / HC dans HA	0.307 / 0.3	
- 3. Réparation	Transformation de HA à HJ* / HJ	**0.25** / 0.235	2
	Transformation de HJ à HS* / HS	0.22 / 0.205	
	Transformation de HS à HC* / HC	0.19 / 0.175	
-4. Recréation	Transformation de HA à HS* / HS	**0.125** / 0.1	1
	Transformation de HJ à HC* / HC	0.075 / 0.05	
	Transformation de HA à HC* / HC	0.025 / **0**	

** TU > 94 %*

Nous avons reproduit la même logique de différenciation entre développement et transformation pour les cas de changement convergent, allant dans le sens opposé au virage ambulatoire. Pour les cas de transformation, nous avons aussi apprécié le caractère évolutif ou révolutionnaire de ce changement de la même manière que pour les transformations divergentes. Pour les cas de développement convergent en revanche, nous avons séparé les cas de persistance, caractérisés par la reproduction du cadre d'organisation existant, des cas de résistance, singularisés par la reproduction d'un cadre plus ancien. En outre, nous avons précisé dans le tableau 3.7, à chacun des gradients de l'échelle, le nombre de cas – noté N – pour lesquels nous avons pu étudier les stratégies managériales de conduite du changement ambulatoire qui y ont été mises en œuvre. Ce nombre de cas découle de la procédure de collecte des données sur les conditions managériales que nous allons décrire.

Toutefois, il est nécessaire au préalable de préciser comment nous avons identifié ces *conditions managériales du changement de cadre d'organisation*. Nous nous sommes appuyés à la fois sur les résultats de notre étude de cas exploratoire et sur la littérature traitant des facteurs du changement institutionnel. Ainsi que nous l'avons indiqué dans le premier chapitre, cette littérature s'est successivement focalisée sur trois types de facteurs : les pressions exercées par l'environnement institutionnel (DiMaggio et Powell, 1983) et concurrentiel (Greenwood et Hinings, 1996), les actions conduites par les individus pour porter le changement institutionnel à l'intérieur des organisations (Battilana et D'aunno, 2009; Battilana et al., 2009; Lawrence et al., 2009), et les changements intervenant dans les micro-pratiques qui fondent les institutions (Cardinale, 2017; Schilke, 2017). Nous avons noté également le rôle essentiel joué par le contexte, défini en termes de dynamique intra-organisationnelle dominante (Greenwood et Hinings, 1996), dans la perspective des micro-fondations (Felin et al., 2015; Gray et al., 2015). Enfin, nous avons souligné que le statut des acteurs porteurs du changement institutionnel ainsi que celui des organisations où il a lieu peuvent influencer le résultat des actions conduites par ces individus (Battilana, 2011). Il ressortait donc de cette recension des écrits cinq facteurs pouvant conditionner l'adoption de cadres d'organisation divergents : 1. les pressions de l'environnement ; 2. les activités des acteurs portant le changement dans les organisations ; 3. le statut de ces acteurs ; 4. le statut de leur organisation ; et 5. les dynamiques internes dominantes dans ces organisations. Le premier facteur comprenait, en sus des pressions concurrentielles (Greenwood et Hinings, 1996), trois catégories de pressions institutionnelles : coercitives, mimétiques et normatives (DiMaggio et Powell, 1983). Le second facteur recouvrait trois types d'activités des porteurs internes du changement : la création d'une vision du changement, la mobilisation d'alliés, et la motivation des autres acteurs organisationnels (Battilana et al., 2009). Le troisième facteur concernait deux formes de statut : hiérarchique et professionnel (Lockett et al., 2012). Le statut des organisations est quant à lui propre à chaque champ institutionnel (Battilana, 2011; DiMaggio et Powell, 1983). Enfin, les dynamiques intra-organisationnelles dominantes pouvaient relever de quatre schémas différents d'engagement en valeurs (Greenwood et Hinings, 1996) : favorable au statu quo, indifférent, concurrentiel ou réformateur.

Nous avons donc confronté ces éléments théoriques à notre modélisation du fonctionnement de l'autorégulation dans le cadre du Plan triennal, afin de traduire en conditions empiriques chacun de ces facteurs. Les justifications détaillées étayant les choix que nous avons opérés seront exposées en seconde partie du présent manuscrit, dans la présentation de nos résultats relatifs au fonctionnement de l'autorégulation – en troisième

section du quatrième chapitre. Toutefois, nous allons en dresser ici les grandes lignes, afin d'expliciter notre méthodologie de collecte et d'analyse des données concernant les conditions du virage ambulatoire. Au sujet des pressions de l'environnement institutionnel, nous avons dissocié les types d'actions conduites par les ARS et l'ANAP et nous les avons classés comme coercitifs, mimétiques ou normatifs en nous référant aux définitions données par DiMaggio et Powell (1983). Concernant les pressions concurrentielles, seule une personne interrogée – le CPO de l'ESPIC – les avait mentionnées comme un facteur d'accélération du virage ambulatoire. Cependant, d'autres personnes de cet établissement avaient indiqué que la prise en charge en ambulatoire ne répondait pas toujours à une demande des patients, mais qu'au contraire un travail de réassurance devait être fait par les professionnels auprès de certains d'entre eux pour les convaincre des bénéfices de cette prise en charge. Au global, il ressortait de l'analyse inter-cas le constat que l'ambulatoire pouvait constituer une demande pour certains profils de patients mais pas pour d'autres. Les preuves empiriques que nous avions recueillies lors de notre étude exploratoire invitaient donc à ne pas retenir les pressions concurrentielles comme un facteur potentiel du virage ambulatoire. Pour les activités des porteurs internes du changement, nous avons catégorisé les activités recensées à travers notre étude exploratoire selon les types proposés par Battilana et al. (2009). À propos des conditions de statut, dans le monde hospitalier, le statut professionnel dominant est celui de médecin (Battilana, 2011) et le pouvoir hiérarchique peut appartenir aux cadres infirmiers, aux directeurs d'hôpitaux – qui sont hiérarchiquement supérieurs aux cadres infirmiers – ainsi qu'aux médecins chefs de services ou de pôles. Le statut le plus élevé pour les établissements est celui de CHU ; le statut d'ESPIC ne confère en revanche pas de supériorité particulière par rapport à celui de CH. Au sujet des dynamiques intra-organisationnelles, quatre groupes d'acteurs internes aux établissements apparaissaient impliqués dans le virage ambulatoire, pour l'accélérer ou le freiner : 1. la communauté médicale ; 2. le directoire – représentant le groupe des directeurs de l'établissement ; 3. les instances représentatives du personnel – représentant le personnel soignant et administratif non-dirigeant ; et 4. le conseil d'administration ou de surveillance – représentant, en plus des trois autres groupes, les collectivités territoriales où est implanté l'établissement ainsi que les usagers de celui-ci[36].

Les données relatives à ces cinq types de conditions managériales n'étaient disponibles dans aucune base de données, à l'exception du statut des établissements, des CPO et de leurs adjoints, qui étaient référencés dans l'annuaire projet de l'ANAP. Pour les autres conditions, nous avons procédé à *une collecte par questionnaire en ligne*, via le logiciel LimeSurvey. Ce questionnaire est reproduit dans son intégralité en annexe 2 du présent manuscrit. De la même manière que pour notre analyse exploratoire, notre point d'entrée dans l'établissement a été le CPO et son équipe projet. Le questionnaire a par conséquent été envoyé par messagerie électronique aux 192 CPO. Les CPO étaient invités, dans le message d'accompagnement du questionnaire, à discuter des réponses aux deux premières parties du questionnaire avec leur équipe projet. Nous avons bâti le questionnaire en trois parties. La première partie, concernant la conduite du changement interne à l'établissement, comprenait la majorité des questions relatives à l'activité des porteurs internes du changement. Le premier axe de cette partie était principalement relatif à la mobilisation des acteurs interne dans la gestion du projet

[36] On peut noter que l'on retrouve ici les quatre mondes composant l'organisation hospitalière selon Glouberman et Mintzberg (2001).

ambulatoire, le second à la gouvernance du projet, et le troisième à la communication. L'axe gouvernance comportait des questions sur les systèmes de motivation mis en place, et l'axe communication sur les actions visant à créer une vision positive convaincante du virage ambulatoire. La seconde partie du questionnaire demandait aux répondants de juger l'utilité qu'ils avaient retirée des différents dispositifs de régulation du Plan triennal, en distinguant les modalités d'accompagnement et les outils proposés par l'ANAP des actions conduites par les régulateurs secondaires – ARS et CRAM. Enfin, la troisième partie visait le rôle personnel du CPO, et donnait des informations sur ses activités de mobilisation et de réassurance des autres acteurs, ainsi que sur le soutien qu'il avait reçu de sa direction. D'autres questions de cette dernière partie, relatives à l'expérience passée du CPO en conduite de projet, à sa charge de travail et à son opinion sur l'opportunité de maintenir sa fonction après le Plan triennal, ont été rajoutées car elles découlaient de notre modélisation exploratoire. Mais elles n'ont pas été utilisées pour l'analyse configurationnelle comparative, car elles ne trouvaient pas de résonnance dans la littérature sur le changement institutionnel. Au global, le questionnaire comptait 95 questions à choix multiples, que les répondants pouvaient compléter par des commentaires libres s'ils le souhaitaient. 129 établissements renseignèrent le questionnaire entre juin et septembre 2017, soit un taux de réponse de 66 %. Dans 52 de ces 129 établissements, d'autres membres de l'équipe projet que le CPO participèrent également à l'enquête.

Afin de *calibrer chacune des conditions managériales*, nous avons défini des critères qualitatifs d'appartenance complète, de passage du point d'ambigüité maximale et de non-appartenance, toujours en nous référant simultanément à la littérature sur le changement institutionnel et aux résultats de notre étude exploratoire. Puisque nous nous intéressions à l'usage que les porteurs internes du changement avaient fait des pressions institutionnelles pour conduire le virage ambulatoire, nous avons ainsi calibré chaque type de pressions institutionnelles en fonction du jugement porté par ces porteurs sur leur utilité. Lorsque l'ensemble des dispositifs relevant d'un type de pression institutionnelle avait été jugé « indispensable » dans un cas, alors celui-ci se voyait attribué le score de pleine appartenance à cette condition. À l'inverse, lorsque l'ensemble de ces dispositifs avait été jugé « inutile », le score de pleine non-appartenance était donné. Entre ces deux extrêmes, le score d'appartenance variait en fonction du jugement d'utilité moyen pour un type de dispositifs. Le passage au-dessus du seuil de 0,5 pour ce score signifiait donc que le répondant avait globalement trouvé ces dispositifs utiles.

Pour les activités des porteurs internes du changement, nous avons attribué le score de pleine appartenance aux cas dans lesquels les porteurs avaient mis en œuvre l'ensemble des actions correspondant à un type d'activité, et le score de pleine non-appartenance aux cas dans lesquels les porteurs n'avaient mis en œuvre aucune de ces actions. Pour l'activité de mobilisation, la littérature sur le changement institutionnel à l'hôpital (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013) comme notre étude exploratoire indiquait que la mobilisation de la communauté médicale était une dimension essentielle de la conduite du changement. L'implication de médecins dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la feuille de route marquait donc le point de passage pour cette condition. De la même manière, le recours à des actions de communication ou d'information sur le virage ambulatoire constituait le point de passage pour l'activité de création d'une vision. Pareillement, comme à la fois la littérature sur l'entreprenariat institutionnel (Battilana et al.,

2010) et notre étude exploratoire pointaient l'importance des outils de pilotage et de gouvernance de l'organisation dans l'activité de motivation, la mise en place de cibles ou d'incitations financières liées au virage ambulatoire dans le système de contrôle de gestion de l'établissement était requise pour franchir le point de passage sur cette condition.

Enfin, nous avons attribué le score de pleine appartenance à la condition de dynamique intra-organisationnelle favorable au changement divergent aux cas d'engagements en valeurs réformateurs, dans lesquels l'ensemble des groupes professionnels de l'établissement soutenait le virage ambulatoire, et le score de pleine non-appartenance aux cas de défense du statu quo, dans lesquels l'ensemble des groupes professionnels de l'établissement s'opposaient au virage ambulatoire. La situation d'indifférence, caractérisée par une neutralité globale des groupes vis-à-vis du virage ambulatoire, représentait le point d'ambigüité maximale pour cette condition. Les scores des situations conflictuelles, dans lesquels les groupes n'avaient pas la même opinion sur le virage ambulatoire, oscillaient en fonction de l'avis moyen des groupes. Le passage au-dessus du seuil de 0,5 exigeait toutefois qu'aucun des groupes ne soit défavorable au virage ambulatoire, afin de pouvoir clairement dissocier les situations conflictuelles plus proches d'un engagement réformateur dominant de celles où au moins un groupe défendait le statu quo.

L'exercice de calibrage n'a en revanche pas été possible pour les conditions de statut. En effet, aucun CPO n'avait à la fois le statut médical et hiérarchique qui aurait correspondu à un score de pleine appartenance, et l'échantillon dans son ensemble présentait trop peu de variété en terme de statut pour tester cette condition : sur les 129 CPO ayant participé au questionnaire, tous avaient le statut de directeur, à l'exception d'un médecin – chargé de la qualité et de la gestion des risques – et d'un cadre supérieur de santé. Le statut de directeur constituait donc une condition presque triviale dans notre échantillon de cas. Les réponses au questionnaire offraient une variété un peu plus grande de statuts d'établissements, grâce à la participation de neuf ESPIC et de 11 CHU. Toutefois, la fréquence du statut de CH, partagé par les 109 autres cas, laissait peu de place à l'analyse des conditions nécessaires et suffisantes dans les autres types d'établissements. De plus, la littérature sur le changement institutionnel divergent dans le secteur de la santé indiquait que celui-ci avait plus de probabilité de se produire dans les établissements de moindre statut (Battilana, 2011). Si nous avions suivi cette direction, nous aurions donc dû attribuer le score de pleine non-appartenance aux 11 CHU et celui de pleine appartenance aux 118 cas restant, ce qui risquait, là encore, de rendre triviale la condition de statut de l'organisation. En outre, comme nous le verrons en seconde partie, les résultats de notre étude exploratoire suggéraient que chaque statut pouvait faciliter certains aspects du virage ambulatoire et en rendre d'autres plus compliqués. Or, créer trois conditions binaires de statut aurait induit un dépassement important du ratio recommandé entre le nombre de conditions et de cas, sans pour autant permettre de rendre compte de manière satisfaisante des combinaisons de facteurs de succès ou d'échec propres aux ESPIC et aux CHU, en raison de leur faible présence dans notre échantillon. C'est pourquoi nous avons préféré omettre la condition de statut de l'établissement dans notre analyse configurationnelle comparative, afin de pouvoir nous concentrer sur les conditions liées à l'activité des porteurs internes du changement, aux dynamiques intra-organisationnelles dans lesquelles ils avaient opéré, et à l'utilité qu'ils avaient retirée des différents dispositifs de régulation.

Nous avons pu collecter des données sur les indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie pour 116 des 129 établissements ayant répondu au questionnaire. Puisque nous avions retenu sept conditions pour notre analyse – trois types de pressions institutionnelles, trois types d'activités des porteurs interne, et une condition de dynamique intra-organisationnelle –, nous étions proche du nombre recommandé de $2^7 = 128$ cas. Le fait d'être légèrement en dessous de cet effectif nous a néanmoins amenés à retenir un seuil de fréquence relativement faible de deux cas pour l'analyse des conditions suffisantes, ce qui permettait d'éviter l'idiosyncrasie des solutions sans trop réduire l'exhaustivité de notre analyse. Nous avons ensuite suivi les préconisations énoncées plus haut pour définir les seuils de cohérence des relations de nécessité et de suffisance, ainsi que le type de solution – complexe, intermédiaire ou parcimonieuse – à privilégier. Nous avons utilisé le logiciel fsQCA pour nous assister dans cette démarche. Enfin, nous avons sélectionné un cas d'échec et un cas de réussite du virage ambulatoire, avec lesquels nous avons reproduit la procédure d'étude de cas employée pour notre analyse exploratoire. Le but de cette étude confirmatoire complémentaire était d'illustrer par des analyses qualitatives plus approfondies les résultats de l'analyse configurationnelle comparative. Malheureusement, cette dernière étude s'étant déroulée à la fin de la période prévue pour la collecte de donnée, soit fin 2017, nous avons manqué de temps pour illustrer l'ensemble des configurations managériales de réussite et d'échec identifiées par l'analyse configurationnelle comparative. C'est pourquoi nous nous sommes limités à un cas de réussite et à un cas d'échec, et que nous avons utilisé les commentaires laissés par les répondants au questionnaire pour illustrer les autres configurations.

Concernant l'identification des *conditions opérationnelles* de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal pour le virage ambulatoire en chirurgie, nous nous sommes appuyés sur les questionnaires de la seconde version du Macrodiag, qui avait été renseignée en 2016. En effet, les réponses des établissements accompagnés par l'ANAP aux questionnaires du Macrodiag nous fournissaient une base de données permettant de savoir si les pratiques ciblées par l'intermédiaire à travers cet outil étaient bien associées ou non à une progression dans ce virage. Nous avons pris pour conditions de cette analyse chacune des huit thématiques de cette version du Macrodiag que les référents ANAP de cet outil ont jugées pertinentes pour le virage ambulatoire en chirurgie, soit : le brancardage, les ressources humaines, la gestion des lits, la chirurgie ambulatoire, les blocs opératoires, l'imagerie, les urgences et les consultations externes.

De manière à établir les critères de passage en-dessous ou au-dessous du point d'ambigüité maximale sur chacune de ces conditions, nous nous somme inspirés de la distinction faite par Fiss (2011) entre causalité essentielle et périphérique. Pour Fiss (2011), la force de la relation causale est déterminée par différents niveaux de preuves. Fiss (2011) retient ainsi comme conditions essentielles des conditions qui sont présentes à la fois dans les solutions parcimonieuses et intermédiaires amenant à un résultat, alors que celles qui n'apparaissent que dans les solutions intermédiaires sont pour lui périphériques. Nous avons adapté cette distinction pour la *calibration de chaque condition opérationnelle*, en posant qu'une condition peut être considérée comme plutôt remplie lorsque certains critères essentiels de causalité, tirés de la littérature ou d'une connaissance empirique, sont présents, et plutôt manquante lorsque ces critères ne sont pas réunis. Dans cette logique, nous avons rencontré, en octobre 2017, chacun des référents thématiques de l'ANAP, pour déterminer quelles

pratiques étaient selon eux essentielles pour virage ambulatoire en chirurgie, et quelles pratiques étaient d'importance secondaire pour cette transformation.

La présence ou l'absence des pratiques qualifiées d'essentielles pour le virage ambulatoire marquait ainsi le point de passage sur chaque condition. En-deçà de ce point de passage, le score d'appartenance (alors < 0,5) dépendait du pourcentage de pratiques essentielles existantes dans l'établissement. Au-delà du point de passage, le score d'appartenance (alors > 0,5) reflétait le pourcentage de pratiques périphériques que l'établissement avait également déclarées. Le score de pleine appartenance (= 1) sur une thématique signifiait par conséquent la présence de l'ensemble des bonnes pratiques identifiées par l'ANAP sur cette thématique. A l'opposé, le score de pleine non-appartenance (= 0) indiquait l'absence de l'ensemble des pratiques estimées essentielles au virage ambulatoire par les référents ANAP pour cette thématique. La qualification donnée par les référents à chaque pratique est précisée dans l'annexe 2 du présent manuscrit, qui reproduit l'ensemble des questionnaires correspondant aux huit thématiques opérationnelles retenues pour notre analyse. Sont également signalées dans cette annexe les questions qui ont été exclues de l'analyse par les référents. En effet, deux questions sont apparues non pertinentes ou irréalistes au référent de la thématique urgences. De la même manière, le référent de la thématique chirurgie ambulatoire a considéré que quatre questions étaient caduques. Enfin, deux questions ayant été jugées redondantes par les référents en gestion des lits, nous les avons traitées comme une seule pratique.

Cent quarante-cinq établissements avaient répondu à la seconde version du Macrodiag en 2016. Toutefois, certains d'entre eux n'avaient répondu qu'à certaines questions des huit thématiques qui nous intéressaient. Nous avons donc établi un critère d'exhaustivité des réponses par thématique, que nous avons placé à au moins trois quart des questions de chaque thématique. Cent dix-sept établissements avaient donné des réponses satisfaisant ce critère d'exhaustivité sur l'ensemble des huit thématiques. Nous avons pu retracé grâce aux bases de données nationales l'évolution des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie pour 113 de ces 117 établissements.

À l'aide de l'analyse configurationnelle comparative, nous pouvions donc expliquer la contribution des dispositifs de régulation souple intermédiée à la réussite du virage ambulatoire en chirurgie, d'une part en identifiant les configurations de conditions managériales dans lesquelles ces dispositifs avaient aidé les porteurs de ce changement à le mettre en œuvre dans les établissements de santé, et d'autre part en évaluant la pertinence des pratiques opérationnelles diffusées par l'intermédiaire pour ce cadre spécifique d'organisation. Néanmoins, ainsi que nous l'avons décrit au second chapitre du présent manuscrit, le virage ambulatoire dans le cadre du Plan triennal n'était qu'un des objectifs censés provoquer des impacts positifs sur l'équilibre économique des établissements de santé, en leur permettant de maintenir cet équilibre en dépit d'un ralentissement des augmentations tarifaires. Il convenait donc d'interroger ce lien initialement posé par les régulateurs primaires du Plan triennal entre virage ambulatoire et équilibre économique, en vérifiant si ce cadre d'organisation avait bien produit les impacts financiers attendus. En outre, puisque le virage ambulatoire était susceptible d'impacter également les professionnels de santé (Gagnon et al., 2002; IGF-IGAS, 2014, 2016) ainsi que leurs patients (Abraham et Albayati, 2011; Feigin, 2016), nous devions aussi envisager la correspondance de ce cadre d'organisation avec les besoins de ces autres parties prenantes du système de santé.

Évaluer l'utilité du virage ambulatoire

Comme nous l'avons vu au premier chapitre, le principe de la régulation souple est d'agir à travers la définition et la diffusion de cadres d'organisation que les régulés peuvent librement adopter ou adapter (Wedlin et Sahlin, 2017). En tant que mythes rationnels (Meyer et Rowan, 1977), ces cadres d'organisation sont réputés plus vertueux en matière de performance que ceux qui leur préexistent. Or, comme le soulignent Meyer et Rowan (1977), la prétendue performance de ces cadres n'est le plus souvent pas prouvée. C'est pourquoi les impacts réels de ces cadres d'organisation doivent être vérifiés. Dans le cas du virage ambulatoire, le principal impact attendu de la diffusion de ce cadre d'organisation était le maintien de l'équilibre économique des établissements de santé, en dépit d'une limitation des accroissements tarifaires. Le virage ambulatoire devait par conséquent servir avant tout une *utilité économique*. Depuis la mise en place du Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en 2013 (DGOS, 2013), l'indicateur privilégié par les régulateurs primaires du système de santé français pour apprécier la performance économique d'un établissement est son taux de marge brute (TMB). Comme nous l'avons déjà mentionné au deuxième chapitre, cet indicateur correspond à un taux d'excédent brut d'exploitation. Il est calculé avec le ratio suivant :

$$\text{TMB} = \frac{\text{produits courants de fonctionnement} - \text{charges courantes de fonctionnement}}{\text{produits courants de fonctionnement}}$$

Contrairement au résultat net, qui mesure l'excédent ou de déficit global généré par un établissement dans une année, la marge brute est l'excédent – ou le déficit – qu'un établissement dégage de son fonctionnement courant. Les résultats des opérations financières et exceptionnelles n'influent donc pas sur la marge brute. C'est pourquoi cet indicateur a été pensé par les régulateurs primaires comme davantage révélateur de l'équilibre économique pérenne des établissements de santé que le résultat net. En effet, alors que le résultat net peut varier pour des raisons ponctuelles non liées aux opérations courantes d'un établissement, la marge brute permet d'apprécier la performance économique des activités habituelles d'un établissement de santé. Aussi avons-nous retenu le TMB comme variable d'impact économique du virage ambulatoire.

Estimer cet impact demandait de tester si un lien était observable entre l'évolution des indicateurs du virage ambulatoire – en chirurgie et en médecine – et l'évolution du TMB des établissements de santé sur le période du Plan triennal. Mais, avant de procéder à cette estimation, nous avons d'abord voulu voir si les dispositifs de régulation souple intermédiée avaient eu ou non un impact sur le TMB, en répliquant l'analyse en différences de différences sur cet indicateur. Le TMB étant une variable commune à l'ensemble des établissements de santé, nous avons consolidé les groupes de traitement et de contrôle définis en chirurgie et en médecine pour la mesure de l'efficacité de la régulation souple intermédiée. Nous avons ainsi constitué un seul groupe de traitement et un seul groupe de contrôle. Le premier comptait 184 établissements et le second 237. Nous avons pu recueillir grâce au requêteur Hospi Diag le TMB, enregistré dans la base ANCRE, en 2012, 2014 et 2016 pour 338 de ces 421

établissements. Le calcul des distances de Mahalanobis au carré nous à amener à exclure six valeurs extrêmes : une dans le groupe de traitement et cinq dans le groupe de contrôle. Au final, nous avons donc pu réaliser l'analyse en différences de différences sur 332 établissements, dont 151 avait participé au programme de mentorat de l'ANAP et dont 181 n'en avaient pas bénéficié. Cette étude nous a fourni un premier renseignement sur l'existence possible d'une causalité entre les effets sur le virage ambulatoire des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal et la variation dans le temps de l'équilibre économique des établissements ayant eu recours à ces dispositifs.

Pour expliquer les résultats obtenus en différences de différences, nous avons ensuite procédé à une modélisation sur l'ensemble des établissements publics et ESPIC disposant simultanément d'une activité de médecine[37] et de chirurgie sur la période considérée – de fin 2014 à fin 2016. Nous avons tout d'abord construit un premier modèle intégrant uniquement des variables de contrôle. Nous avons retenus comme variables de contrôle les déterminants de l'équilibre économique des établissements de santé financés en T2A (Moisdon, 2012, 2013), c'est-à-dire : le niveau d'activité – exprimé en nombre de séjours et de séances ; la valorisation moyenne de ces séjours et séances ; ainsi que les coûts de personnel médical et non-médical – des services cliniques et médico-techniques – rapportés aux recettes T2A. Moisdon (2013) souligne toutefois que les mécanismes prix / volume dans la fixation des tarifs en France font en sorte que, si l'activité augmente au niveau national pour un GHS donné, son tarif unitaire baisse l'année suivante. En conséquence, il n'est pas certain que le niveau d'activité impacte positivement le TMB. La recette moyenne unitaire des séjours et des séances a en revanche plus de probabilité d'influencer positivement ce taux, tandis que les coûts de personnel rapportés aux recettes T2A peuvent l'impacter négativement. De surcroît, bien que cette variable de coûts n'apparaisse pas aussi directement que les autres dans les écrits relatifs à la T2A en France que nous avons consultés, nous avons décidé de prendre en compte les frais généraux, car ceux-ci peuvent par construction impacter négativement le TMB. Nous avons donc inclus dans les variables de contrôle le poids des dépenses administratives, logistiques et techniques dans le budget des établissements.

Nous avons ensuite, dans un second modèle, ajouté à ces variables de contrôle les indicateurs du virage ambulatoire, que nous avons posés comme variables explicatives. Il s'agissait du TA, de la DMS et du TU en chirurgie et en médecine. Toutefois, comme nous l'avons précisé dès le second chapitre, le virage ambulatoire ne peut être appréhendé par secteur qu'en considérant ces trois indicateurs conjointement. Nous avons donc inclus dans un troisième modèle des effets d'interaction entre les indicateurs du virage ambulatoire, en chirurgie comme en médecine, afin de tester l'impact de la transformation globale de chacun de ces secteurs. Nous avons pu collecter les données d'activité et de valorisation dans le PMSI via le requêteur DIAMANT, et les données de coûts, issues du RTC, via Hospi Diag – indicateurs P4 à P7. Deux-cent quarante-quatre établissements présentaient des valeurs pour l'ensemble des variables de la modélisation sur les trois années qui nous intéressaient.

Puisque nos modèles impliquaient des mesures répétées dans le temps sur une même population, nous avons choisi de tester l'impact économique du virage ambulatoire par

[37] Y compris en séances, pour correspondre au périmètre d'activités pouvant relever de la médecine ambulatoire selon l'IGF et l'IGAS (2016), auquel nous avons ajouté les séjours de médecine comprenant un passage aux urgences.

régression linéaire sur données de panel (Hsiao, 2014) à l'aide du logiciel SAS. Ce type de modèle économétrique permet en effet de prendre en compte simultanément les aléas liés au temps et aux individus. Dans sa forme générale, nous avons donc abouti à une modélisation de type :

$$Y_{it} = a + bXj_{it} + cZj_{it} + \varepsilon_{it}$$

où Y_{it} désigne la valeur du TMB d'un établissement *i* en fin d'année *t* ;
a désigne la constante du modèle ;
Xj_{it} désigne la valeur des *j* indicateurs du virage ambulatoire dans un établissement *i* en fin d'année *t* – auxquels nous avons ajouté un effet d'interaction par secteur ;
Zj_{it} désigne la valeur des *j* variables d'activité, de valorisation et de coûts d'un établissement *i* en fin d'année *t ;*
et ε_{it} désigne l'aléa liée à la période *t* et à l'individu *i*, ainsi qu'au croisement de ces deux aléas.

Afin de limiter l'effet des perturbations aléatoires dans notre modélisation, nous avons opté pour des modèles à effets fixes, supposant constants les effets liés aux périodes et aux individus. Préalablement à l'emploi de la procédure de régression sur données de panel dans SAS, nous avons normalisé chacune des variables de manière à pouvoir ensuite comparer les coefficients de la régression entre eux. Nous avons choisi la formule de normalisation par défaut, soit : la soustraction de la moyenne et la division par l'écart-type. De plus, nous avons vérifié que les coefficients de corrélations entre les variables indépendantes ne signalaient pas de problème de colinéarité critique entre elles. Suivant les recommandations de Kennedy (2003), nous avons retenu un seuil de criticité à 0,8.

En outre, la littérature française et étrangère sur le virage ambulatoire en médecine comme en chirurgie signalait que ce changement pouvait avoir un *impact sur le travail des professionnels* de santé (Gagnon et al., 2002; IGF-IGAS, 2014, 2016) *ainsi que sur leurs patients* (Abraham et Albayati, 2011; Feigin, 2016). Nous nous devions donc d'investiguer cette utilité non-économique du virage ambulatoire dans le cadre du Plan triennal. Toutefois, à la différence de l'impact économique, nous ne disposions pas pour le travail des professionnels de santé et pour les soins délivrés à leurs patients de variables clairement identifiées par les régulateurs primaires et facilement accessibles via les bases de données nationales. Concernant le travail des professionnels exerçant en établissements de santé, les indicateurs de ressources humaines fournis par Hospi Diag concernaient la productivité, l'absentéisme et le remplacement des personnels, mais pas leur appréciation de leurs conditions de travail. Pour les patients, les scores d'accréditation disponibles via Hospi Diag fournissaient une mesure de la qualité de soins, mais ces indicateurs reflétaient le respect de normes techniques à l'échelle d'un établissement et non les expériences individuelles vécues par les patients ou leur état de santé. Notre analyse des impacts du virage ambulatoire pour les professionnels de santé et les patients s'est par conséquent limitée aux dires des acteurs rencontrés durant nos cinq études de cas. Bien que cette source de données fût largement insuffisante pour évaluer les impacts du virage ambulatoire de manière exhaustive, elle nous a permis d'éclairer à travers le récit de quelques acteurs les aspects non-économiques de ce changement, ainsi que d'explorer les liens possibles entre ces dimensions et l'impact économique.

L'ensemble des analyses conduites pour répondre à la question de l'utilité du virage ambulatoire nous a amenés à considérer les effets des dispositifs de régulation souple pour *les organismes de régulation* (QR3B). Puisque ces dispositifs passent par la conception et la diffusion de cadres d'organisation nouveaux (Wedlin et Sahlin, 2017), ils impliquent des objets et des compétences différents de ceux sur lesquels se sont focalisées les politiques publiques dans le champ sanitaire français depuis une quinzaine d'année. La problématique de la régulation sanitaire n'est plus simplement celle des impacts des modèles de financement (Moisdon, 2012, 2013; Moisdon et Pepin, 2010), mais de la bonne articulation des cadres d'organisation proposés avec ces modèles afin de produire les impacts attendus. De ce point de vue, nous avons déjà remarqué au deuxième chapitre le rôle joué par l'intermédiaire – l'ANAP – dans la définition des paramètres du cadre d'organisation, à la fois en terme de valeurs de référence permettant de mesurer le degré d'adoption du cadre, et en terme de traduction de ce cadre en pratiques opérationnelles. Notre évaluation de l'utilité du virage ambulatoire, tel qu'il s'est concrétisé à travers les dispositifs de régulation souple intermédiés du Plan triennal, fournit des éléments d'éclairage sur la pertinence de ce cadre d'organisation pour les objectifs économiques qui lui étaient assignés ainsi que pour les besoins d'autres parties prenantes du système de santé que le financeur. Nous avons donc tiré de notre analyse de l'utilité des enseignements sur les points de vigilance à considérer par les régulateurs et par les intermédiaires pour traiter l'enjeu de la pertinence des cadres d'organisation que pose l'usage de dispositifs souples de régulation.

Dans son ensemble, l'analyse des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal a constitué une expérimentation méthodologique visant à répondre aux limites des méthodes habituelles d'évaluation des politiques publiques lorsqu'elles sont appliquées à ce type de dispositifs. Ces limites tiennent principalement au fait que les méthodes expérimentales ou quasi-expérimentales ne permettent pas de rendre compte des effets d'interaction de ces dispositifs avec, d'une part, les dispositifs durs de régulation, et, d'autre part, le travail d'autorégulation du régulé. De la même manière, les méthodes qualitatives ou quantitatives visant à expliquer les effets des politiques publiques soit par l'interrogation des acteurs soit par des modélisations structurelles (Desplatz et Ferracci, 2016) ne savent pas aborder à grande échelle des problèmes de causalité complexe comme ceux qu'induit la régulation souple intermédiée. Les dispositifs de régulation souple intermédiée présentent en effet les trois caractéristiques de la causalité complexe identifiées par Misangyi et al. (2017) : 1. ils impliquent la conjonction de plusieurs facteurs interdépendants ; 2. ces combinaisons de facteurs peuvent dessiner plusieurs voies possibles de succès ou d'échec ; 3. un même facteur peut très bien contribuer au succès dans une comibaison et à l'échec dans une autre. C'est pourquoi les méthodes configurationnelles comparatives, qui ont été conçues pour traiter ce type de problèmes (Rihoux et Ragin, 2009), peuvent être utiles dans l'explication des effets des politiques publiques mobilisant des dispositifs de régulation souple intermédiée. Toutefois, nous avons noté que l'évaluation des effets de ces dispositifs requiert aussi de s'intéresser aux impacts des cadres d'organisation que ces dispositifs portent, afin de savoir si ces impacts sont conformes à ceux attendus ou non. La nature des études d'impact a dépendu dans notre cas des données disponibles pour évaluer chaque impact potentiel du virage ambulatoire. Même lorsque l'absence de données à grande échelle ne permettait pas la mesure

d’une variable d’impact, ces études ont permis de mettre en lumière les implications de l’usage de dispositifs de régulation souple pour les régulateurs et pour leur intermédiaire.

Conclusion du troisième chapitre

Ce chapitre illustre comment le principe fondamental de la recherche intervention, qui est de partir du questionnement des acteurs de terrain (Moisdon, 2015), peut conduire à décomposer ce questionnement général en sous-questions, qui amènent à rechercher la ou les méthodes les plus appropriées pour répondre à chacune d’elles. Cette approche ouverte permet une expérimentation des méthodes avec les partenaires de la recherche. Cette expérimentation est particulièrement utile pour aborder des phénomènes nouveaux, pour lesquels les méthodes les plus fréquemment employées ne sont pas nécessairement adaptées. Nous avons donc tenté de rendre compte des conditions de cette expérimentation avec l’ANAP, en partant du positionnement du doctorant dans cette organisation, et en expliquant comment l’évolution de ce positionnement a rendu possible le recours à une palette méthodologique de plus en plus diversifiée. Pour la résumer, nous pouvons dire que la question de la transformation de la régulation (QR1) a été traitée par une méthode qualitative, inductive et longitudinale. Cette méthode a également permis de répondre à la question du fonctionnement de la régulation (QR2) d’un point de vue macro. Toutefois, la compréhension du fonctionnement régional et micro de cette régulation a requis de compléter ces premiers résultats par des études de cas, qui ont permis de dresser une typologie du fonctionnement régional et de modéliser le fonctionnement de l’autorégulation. C’est grâce à cette modélisation que nous avons pu dépasser les limites des méthodes expérimentales ou quasi-expérimentales d’évaluation des politiques publiques pour aborder les effets des dispositifs nouveaux de régulation du Plan triennal (QR3), en ayant recours à une méthode configurationnelle comparative. L’analyse des impacts de ces dispositifs nous a enfin conduits à mobiliser des méthodes quantitatives et qualitatives, en fonction des données disponibles sur ces impacts. C’est à travers ces différentes étapes méthodologiques que nous avons ainsi confronté notre cadre théorique à notre terrain.

Conclusion de la première partie

L'approche instrumentale que nous avons développée dans le premier chapitre de ce manuscrit nous a amenés à nous focaliser sur les dispositifs de la régulation souple et indirecte. C'est pourquoi nous nous sommes concentrés, dans le second chapitre, sur la place qu'avaient occupé ces dispositifs dans le Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé. Ceci nous a permis de décrire, dans le troisième chapitre, comment nous avons abordé de manière progressive la question des effets de ces dispositifs à travers une démarche de recherche-intervention avec l'ANAP. Cette démarche aboutit à plusieurs types de réponses à notre questionnement de recherche initial. En reconstituant le régime de gouvernementalité sanitaire auquel ces dispositifs ont participé, nous pouvons rendre compte du changement de rationalité gouvernementale qui a animé ces dispositifs, ainsi que des processus que cette technologie gouvernementale a mis en branle à l'échelle nationale, régionale et des établissements de santé. Nous pouvons de cette manière éclairer à la fois la transformation de la régulation sanitaire qui a eu lieu en France à l'occasion du Plan triennal (QR1) et les différents niveaux de fonctionnement de cette régulation (QR2). Une fois ce régime posé, il devient alors possible de tenter d'en analyser les effets tant en termes d'efficacité sur les organisations régulées (QR3A) qu'en termes d'impacts pour le système de santé français, y compris pour les organisations régulatrices de ce système (QR3B). C'est par conséquent dans cet ordre que nous allons présenter les résultats de la thèse, avant de les discuter, en seconde partie.

Partie 2 : Présentation et discussion des résultats

Introduction de la seconde partie

La problématique de recherche que nous avons posée dans l'introduction du présent manuscrit se subdivise en trois questions imbriquées : comment expliquer la transformation de la régulation sanitaire par laquelle le régulateur tente de pénétrer le fonctionnement organisationnel des établissements de santé pour le modifier ? (QR1) Comment cette régulation opère-t-elle ? (QR2) Quels en sont les effets pour les organisations régulées et régulatrices ? (QR3). Nous avons vu au chapitre précédent quelles méthodes nous avons employées pour répondre à chacune de ces questions. L'exposé de ces réponses doit toutefois guider la compréhension de la cohérence d'ensemble de nos résultats. C'est pourquoi nous avons souhaité débuter cet exposé, dans le quatrième chapitre, par une description du régime de gouvernementalité spécifique à l'axe virage ambulatoire du Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé. Connaître les composantes de ce régime constitue en effet une première étape pour appréhender dans leur globalité les caractéristiques de la régulation que nous avons observée. De cette manière, nous pouvons rendre compte de la transformation de la régulation sanitaire qu'a représenté ce régime (QR1) et de son fonctionnement à l'échelle macroscopique nationale (QR2). Notre deuxième question de recherche implique néanmoins de pousser plus loin l'investigation du fonctionnement de ce régime, en comprenant comment ce fonctionnement a été adapté à l'échelle régionale des régulateurs secondaires et à l'échelle micro de l'autorégulation des établissements de santé. De plus, l'analyse de la contribution de l'ANAP au fonctionnement de ce régime, en tant qu'intermédiaire de régulation, permet déjà de qualifier les effets de cette intermédiation (QR3).

Toutefois, l'évaluation plus complète de ces effets requiert d'aller au-delà de cette qualification, pour tenter de mesurer et d'expliquer l'efficacité ainsi que l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée déployés sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal. C'est à cet objectif qu'est consacré le chapitre 5. Nous y employons les méthodes a-théoriques usuelles de mesure de l'efficacité des politiques (Desplatz et Ferracci, 2016) et tirons les conclusions de leur usage pour ce cas de régulation souple intermédiée. Nous approfondissons également ces premiers constats en essayant d'expliquer cette efficacité par l'analyse configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009). Nous nous intéressons aussi à l'utilité de ces dispositifs pour les régulateurs primaires du Plan et pour l'ensemble des parties prenantes du système de santé. Les résultats présentés dans ce cinquième chapitre concernent donc à la fois les effets de la régulation souple intermédiée pour les organisations régulées (QR3A) et pour les organisations régulatrices (QR3B).

Dans le sixième et dernier chapitre, nous discutons des implications méthodologiques, théoriques et pratiques du contenu des deux chapitres précédents. Nous proposons tout d'abord une méthode d'évaluation adaptée aux problématiques spécifiques de la régulation souple, ainsi que des enrichissements aux savoirs aujourd'hui disponibles sur l'intermédiation (K. W. Abbott et al., 2017c). Nous dressons ensuite les enseignements de notre approche en

régimes de gouvernementalité pour la mobilisation en sciences de gestion des travaux de Michel Foucault portant sur ce concept. Nous synthétisons finalement les préconisations que nous pouvons formuler pour les acteurs du système de santé français souhaitant mettre en œuvre des formes souples et intermédiée de gouvernance de la régulation dans ce champ sanitaire, et identifions des pistes d'investigations futures pour les chercheurs qui voudraient continuer à accompagner ces acteurs.

Chapitre 4 : Le régime de gouvernementalité du Plan triennal

Ce chapitre est prioritairement consacré à l'exposé des réponses à nos deux premières questions de recherche. Dans la première section, nous rendons compte des transformations de la régulation sanitaire qui ont eu lieu à l'occasion du Plan triennal (QR1), en décrivant les différentes composantes du régime de gouvernementalité sanitaire instauré par ce Plan. Dans la seconde section, nous traitons du fonctionnement de ce régime (QR2), en montrant l'articulation de ses composantes aux trois niveaux de régulation du Plan : le niveau macro – national – le niveau mezzo – régional – et le niveau micro des établissements régulés. Toutefois, dans la mesure où nous serons amenés à expliquer comment l'intermédiaire de régulation a participé à cette transformation ainsi qu'au fonctionnement de ce régime, nous commencerons également à aborder dans ce chapitre les effets de l'intermédiation, en qualifiant et en distinguant trois de ces effets. Se faisant, nous commencerons à apporter des éléments de réponses à notre troisième question de recherche (QR3).

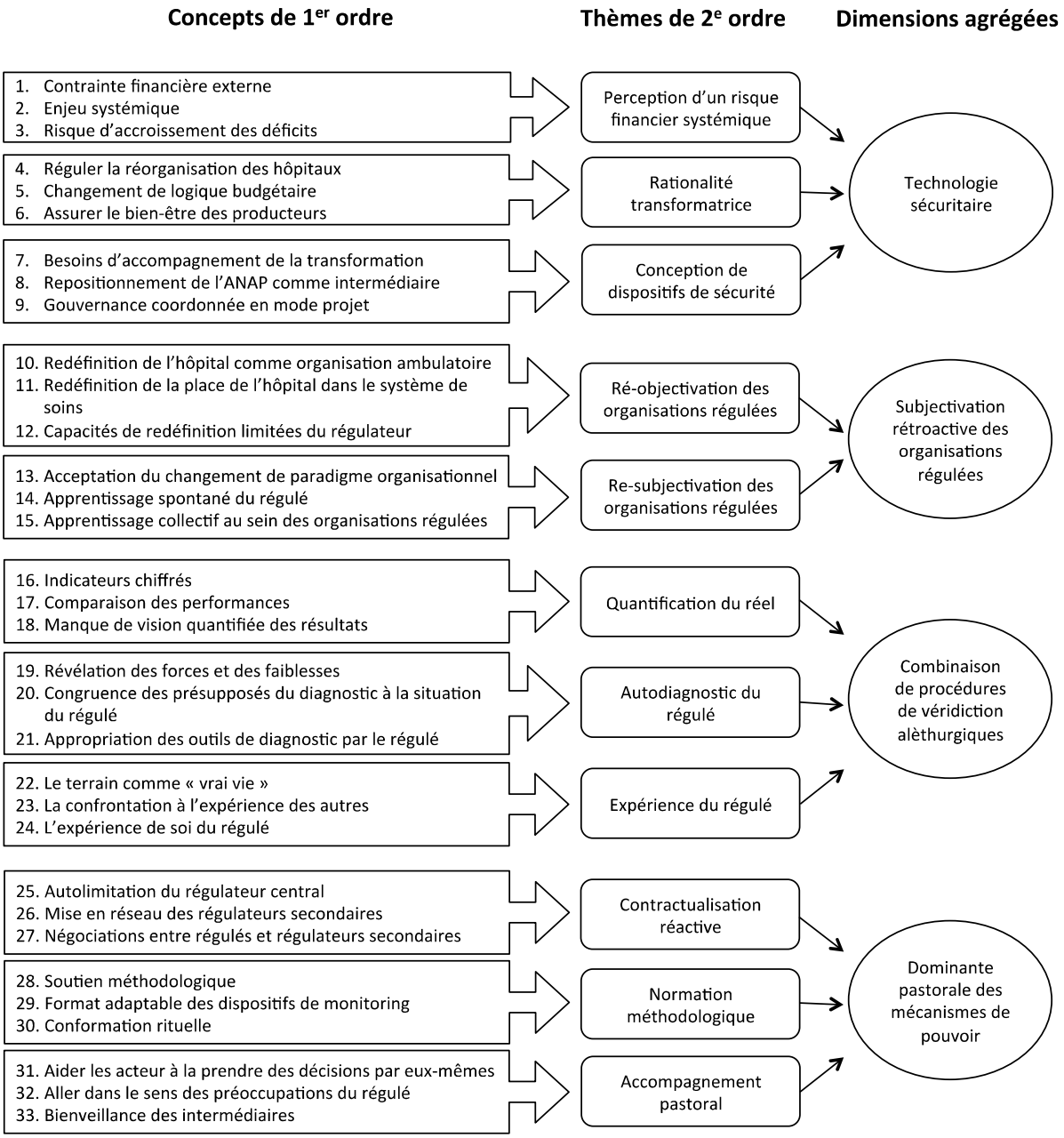
Section 1 : Les composantes du régime

Le cadre analytique des régimes de gouvernementalité sanitaire que nous avons construit au deuxième chapitre de la première partie comprend quatre grandes composantes : la technologie du régime – c'est-à-dire les dispositifs de gouvernement que le régime mobilise dans le cadre d'une rationalité dominante – ainsi que trois types de processus – d'objectivation-subjectivation, de véridiction, et de pouvoir – que cette technologie peut déclencher. Notre travail de compréhension du régime de gouvernementalité spécifique du Plan triennal a donc principalement consisté à caractériser ces composantes dans ce cas particulier. À cette fin, nous avons regroupés les catégories analytiques issues de notre codage inductif – c'est-à-dire nos concepts de premier ordre – en thèmes plus généraux – de second ordre. Nous avons ensuite relié ces thèmes aux quatre composantes de notre grille d'analyse, qui ont constitué les dimensions agrégées de notre structure de données textuelles. De cette manière, nous avons pu qualifier de manière inductive chaque composante du régime de gouvernementalité propre au Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé en France.

La figure 4.1 ci-après montre schématiquement comment nous avons caractérisé ces composantes à l'aide de notre structure de données textuelles. Nous allons expliciter dans cette section chaque élément de cette structure. Cette vision synthétique donne toutefois un premier aperçu de nos résultats, qui a pour but de guider le lecteur. La figure 4.1 permet ainsi de voir que, sur le plan technologique, la rationalité gouvernementale qui a animé le Plan triennal a été sécuritaire, puisqu'elle a visé la prévention d'un risque financier systémique à travers une re-conception des dispositifs de gouvernement selon une logique de sécurité, au sens de Michel Foucault. Cette technologie sécuritaire a induit une boucle de rétroaction entre la ré-objectivation des hôpitaux par les régulateurs et les phénomènes de re-subjectivation collective qui se sont produits dans ces organisations régulées. Cette boucle de rétroaction a été alimentée par la combinaison de trois procédures de véridiction – la quantification du réel ainsi que l'autodiagnostic et l'expérience du régulé – qui ont permis l'expression par les sujets

régulés d'une vérité sur eux-mêmes. Ces procédures de véridiction alèthurgiques se sont inscrites dans des mécanismes de pouvoir à dominante pastorale. En effet, les mécanismes juridico-administratifs – sous forme de contractualisation réactive – et disciplinaires – sous forme de normation méthodologique – ont été orientés de manière à servir une forme pastorale d'accompagnement.

Figure 4.1. Caractérisation synthétique des composantes du régime de gouvernementalité du Plan triennal



Nous détaillons ci-après, composante par composante, chacune des caractéristiques énoncées dans le schéma ci-dessus, en précisant comment nous les avons établies à l'aide des données collectées auprès des acteurs du Plan triennal que nous avons rencontrés.

Une technologie sécuritaire

Comme nous l'avons posé en première partie, un régime de gouvernementalité est d'abord défini par sa technologie, c'est-à-dire par un ensemble de dispositifs mus par une rationalité gouvernementale dominante. Dans cette perspective, les changements de régime sont perceptibles à travers l'évolution des rationalités gouvernementales et de l'outillage qui en découle. Ainsi que notre première question de recherche (QR1) y invite, il est dès lors intéressant de s'interroger sur les raisons qui motivent cette évolution. Dans le cas du Plan triennal, nos entretiens auprès des régulateurs primaires du Plan ont révélé que le point de départ du changement de rationalité gouvernementale a été la *perception d'un risque financier systémique*. Ce thème est en effet revenu de manière récurrente, selon trois déclinaisons principales. Ces trois déclinaisons sont décrites en figure 4.1 par les concepts de premier ordre liés à ce premier thème. Le premier de ces concepts rappelle que le Plan triennal est le produit d'une *contrainte financière externe* au système de santé, résultant des engagements budgétaires de la France vis-à-vis de ses partenaires européens. Ainsi que l'a exprimé l'un des pilotes nationaux du Plan que nous avons interrogé en 2017 : « L'idée c'était de dire : qu'est-ce qu'on peut faire concrètement pour répondre à cette contrainte externe ? ». La période d'élaboration du Plan triennal, qui s'est étalée d'avril 2014 à mai 2015, a donc principalement été consacrée à la recherche de solutions concrètes pouvant permettre de tenir l'objectif d'infléchissement de 10 milliards d'euros des dépenses d'assurance maladie à l'horizon fin 2017. Ainsi que nous l'avons évoqué au deuxième chapitre, cet objectif s'est notamment traduit par une limitation des accroissements tarifaires annuels des séjours hospitaliers.

Or, comme l'indique le second concept reporté en figure 4.1, cette restriction dans l'augmentation des ressources hospitalières représentait en elle-même *un enjeu exceptionnel pour le système de santé français*, dans la mesure où ce système était habitué à fonctionner grâce à cette augmentation. Une citation d'un autre pilote national du Plan datant également de 2017 explique particulièrement bien cet enjeu : « On a un système dont l'état basal est l'augmentation de ses ressources. Donc s'éloigner de cet état basal n'est pas anodin ». Ce bornage budgétaire a instillé chez les régulateurs primaires du Plan *la crainte que le risque financier que représentent pour l'assurance maladie les déficits hospitaliers ne s'accroisse*. Un autre des pilotes nationaux du Plan, que nous avons rencontré en 2015, a formulé cette crainte en ces termes : « Si ces recettes en moins pour les hôpitaux ne sont pas suivies de charges en moins pour les hôpitaux, ça se traduit en déficits, et c'est l'Assurance Maladie qui refinance les déficits [...] et donc il y a eu une angoisse ». En effet, l'Assurance Maladie peut être amenée à venir en aide financièrement aux établissements de santé dont l'équilibre économique est tellement dégradé qu'il n'est plus soutenable. C'est le cas par exemple lorsqu'un établissement est sur le point de se retrouver en situation de cessation de paiement. Afin d'éviter l'accroissement de ce risque, il importait que les établissements de santé puissent maîtriser l'évolution de leurs charges, de manière à la faire correspondre à celle de leurs recettes.

Il convient de préciser toutefois que le refinancement des déficits par l'Assurance maladie concerne en très grande majorité les établissements qui participent statutairement au service

public hospitalier, c'est-à-dire les établissements publics et les ESPIC. Les établissements commerciaux menaçant faillite sont quant à eux souvent rachetés par de grands groupes qui se chargent de les restructurer, ou sont tout simplement liquidés, sans que l'Assurance Maladie n'intervienne pour les maintenir en fonctionnement. Par conséquent, le risque ressenti par les régulateurs primaires lors de la conception du Plan triennal était avant tout un risque d'ordre économique touchant le service public hospitalier. Cette focale de la régulation permet de comprendre pourquoi la rationalité gouvernementale ainsi que les dispositifs de gouvernement mis en place lors du Plan triennal se sont prioritairement concentrés sur les établissements de santé publics et les ESPIC.

L'anticipation de ce risque économique a entraîné l'adoption d'une nouvelle rationalité gouvernementale, tenant compte des impacts de la modération tarifaire sur l'équilibre financier des établissements de santé. Comme le montre le quatrième concept de la figure 4.1, cette rationalité nouvelle impliquait que *les régulateurs se préoccupent de l'organisation des établissements de santé* et créent les conditions permettant à ces établissements de modifier leur organisation pour faire face à la raréfaction relative de leurs ressources. Un des pilotes nationaux du Plan nous a ainsi déclaré en 2017 qu'à travers ce Plan il ne s'agissait « pas simplement créer du déficit hospitalier, pas simplement se dire on va payer moins les hôpitaux [...] mais on va permettre aux hôpitaux de faire face à ça en se réorganisant. » Cette rationalité comportait donc une ambition de transformation des organisations hospitalières. Cet objectif s'accompagnait *d'un changement de logique budgétaire*, exprimé comme suit par ce même pilote : « Si on veut vraiment maîtriser les dépenses d'assurance maladie, il faut être capable de réfléchir dans un horizon pluriannuel, d'éviter une logique budgétaire du rabot pour avoir une véritable planification. » Il peut en être déduit que le Plan triennal marquait une intention de sortir d'un principe de contingentement tarifaire annuel pour instaurer une planification à plus long terme des ressources hospitalières. Le *caractère transformateur de la rationalité gouvernementale* qui s'est forgée lors de la conception du Plan triennal a donc été double. D'une part, cette rationalité prenait les transformations de l'organisation hospitalière comme principal objet de gouvernement. D'autre part, elle impliquait aussi une transformation de la logique de régulation tarifaire du système de santé privilégiée jusqu'alors. Une autre citation, elle aussi prononcée par un pilote national du Plan en 2017, illustre bien le lien entre ces deux pans de la rationalité gouvernementale sous-jacente au Plan triennal :

> « La grande idée du Plan triennal [...] c'était d'y intégrer aussi une réflexion sur l'évolution hospitalière pour avoir une réflexion sur l'ensemble du système de soins et ne pas se retrouver dans une logique où, puisqu'on a des mécanismes prix/volume sur l'hôpital, on ferait simplement des ajustements au regard des enveloppes financières disponibles. »

Il ressort de ce propos que le Plan triennal a été le produit d'une volonté de resituer la régulation tarifaire dans une réflexion plus large sur le devenir de l'hôpital et du système de santé dans son ensemble. Le sixième concept mentionné dans la figure 4.1 – assurer le bien-être des producteurs – précise le type de rupture que cette rationalité a opéré par rapport à la rationalité tarifaire qui l'a précédée. La citation ci-dessous, tirée du propos d'un autre pilote national du Plan triennal en 2017, aide à comprendre ce concept :

« La T2A est intrinsèquement une sanction [...] Le rôle de la puissance publique c'est pas de distribuer des bons points et de sanctionner les gens, c'est de faire en sorte qu'à la fin des fins l'outil de production fonctionne correctement et [que] les gens [n'] y soient pas trop malheureux et que ça soigne les patients. »

La T2A est ici décrite comme un mécanisme de sanction des organisations hospitalières inefficientes. Or, le rôle de puissance publique, selon le pilote du Plan triennal interrogé, n'est justement pas de sanctionner, mais de veiller au bon fonctionnement de « l'outil de production » hospitalier. Ce bon fonctionnement y est associé à deux finalités : d'une part, éviter que les personnes travaillant dans les hôpitaux ne soient « malheureu[ses] » ; et, d'autre part, soigner les patients. La régulation des prix y apparaît donc comme un mal rendu nécessaire par le contexte budgétaire national, mal dont l'action publique aurait pour but d'empêcher qu'il ne dégrade le bien être des producteurs de soins et de la population en général. La prévention du risque économique à l'origine du Plan triennal n'est ainsi pas seulement fondée sur la crainte d'un déséquilibre financier systémique. Elle est la conséquence logique d'une rationalité gouvernementale selon laquelle le sens fondamental de l'action publique est d'*assurer le bien être économique des producteurs* au bénéfice d'une population, et non pas d'administrer des prix. La rationalité transformatrice du Plan triennal a marqué de ce fait le même type de rupture que celle entre mercantilistes et physiocrates que nous avons relatée au premier chapitre, en évoquant l'analyse que Michel Foucault en a donnée. Il en résulte que cette rationalité a été essentiellement sécuritaire, au sens de Michel Foucault, en ce qu'elle a avant tout visé à protéger la population des effets négatifs que pouvait engendrer la difficulté des producteurs à trouver un équilibre économique compte tenu du niveau de leurs recettes. Comme dans la politique agricole du XVIII^{e} siècle, ce déplacement de la focale de l'action publique des prix vers les conditions de la production a induit une re-conception des dispositifs de gouvernement.

Le septième concept de la figure 4.1, relatif à la *conception des dispositifs de sécurité*, fait état de la perception par les régulateurs primaires du Plan triennal d'*un besoin : celui d'accompagnement des établissements de santé et des régulateurs secondaires* dans la conduite des transformations des organisations hospitalières. Sans juger à ce stade de l'analyse de la réalité de ce besoin, il est intéressant de noter dès à présent que les dispositifs de gouvernement instaurés par le Plan triennal ont été conçus dans le but de répondre à ce besoin supposé d'accompagnement des organisations régulées et des régulateurs secondaires. L'un des pilotes nationaux du Plan que nous avons rencontrés en 2015 a ainsi déclaré : « Personne ici ne serait capable d'aller concrètement sur le terrain, d'accompagner les établissements, et les établissements ont besoin d'être accompagnés, et les agences ont besoin d'être accompagnées. » C'est par conséquent la présomption d'existence de ce besoin qui a justifié le recours à l'ANAP en tant qu'accompagnateur de ces acteurs, car, comme le souligne la personne interrogée, les régulateurs primaires ne se considéraient pas en capacité de réaliser eux-mêmes cet accompagnement concret « sur le terrain ».

Or, le concept de premier ordre suivant révèle qu'assurer ce rôle d'accompagnateur de la transformation correspondait à un *repositionnement de l'ANAP comme intermédiaire de régulation*, ce qu'elle n'était pas aussi clairement avant le commencement du Plan triennal. Un des pilotes nationaux du Plan a évoqué en 2017 ce repositionnement qui était intervenu deux ans plus tôt : « Le positionnement de l'ANAP n'était pas tout à fait ce qu'il devrait être

[...] notre souhait c'était d'en faire un outil de déploiement et, peut-être éventuellement d'expérimentation, mais aussi d'évaluation et de généralisation. » Une autre citation, extraite d'un entretien de 2015 avec un autre pilote national du Plan, laisse penser que ce repositionnement a été plutôt subi par l'ANAP :

« Une administration centrale, ça écrit la loi ; par contre, ça sait pas la mettre en musique. Et la mise en musique, normalement, elle est à l'échelon déconcentré, donc l'ARS, ou par des agences spécifiques qui ont été créées comme l'ANAP. [...] L'ANAP a été contrainte et forcée d'entrer [dans le Plan Triennal]. [...] Moi j'ai toujours cru que l'ANAP serait [...] au service de la politique publique [...] pour mettre en forme les mesures. [...] On va demander aux ARS de faire des métiers qu'elles ne connaissent pas forcément. [...] Alors, le rôle de l'administration centrale, par exemple devant les ROP, ça peut être d'expliquer des choix méthodologiques ou politiques qui ont été fait. Ça c'est possible. Après effectivement, dans le côté opérationnel, c'est l'ANAP qui doit prendre le relai et assurer la mise en œuvre. »

Cette citation éclaire en outre quel devait être le rôle spécifique de l'ANAP par rapport à celui des régulateurs primaires et secondaires. Les régulateurs primaires y sont décrits comme devant définir et expliquer la règle, notamment aux régulateurs secondaires. Les régulateurs secondaires devaient ensuite mettre en œuvre cette règle, mais ne paraissaient pas disposer de l'ensemble des compétences pour le faire. Dans ce cadre, l'ANAP se voyait confier une mission d'opérateur de mise en œuvre de la politique publique, tant en accompagnement des régulateurs secondaires que des établissements régulés. Les dispositifs que devait déployer l'ANAP avaient par conséquent une double visée de sécurité : celle, ultime, d'éviter l'accroissement des déficits hospitaliers ; mais également celle, préalable, de prévenir l'incapacité des acteurs, régulateurs comme régulés, à réaliser par eux-mêmes les transformations nécessaires pour empêcher cet accroissement.

Toutefois, nous avons vu au deuxième chapitre que des dispositifs visant à prévenir le risque financier lié aux dépenses d'assurance maladie existaient en France dès avant le Plan triennal, depuis 1996. Cette gestion du risque reposait notamment sur un dispositif contractuel propre, liant l'État et l'Assurance Maladie. Le changement apporté par le Plan triennal a néanmoins consisté à vouloir coordonner ce dispositif contractuel préexistant avec des dispositifs sécuritaires nouveaux, conçu pour gérer ce risque à travers la transformation des organisations hospitalières. Comme l'indique le neuvième concept de premier ordre en figure 4.1, cette volonté de coordination a impliqué de *revoir la gouvernance de la régulation sanitaire*, afin, selon les termes d'un des pilotes du Plan en 2017, de « mettre tout le monde autour de la table et d'avoir une organisation en mode projet ». Un autre de ces pilotes à souligné, lui aussi en 2017, le caractère à la fois historique et pérenne de ce rapprochement :

« Pour moi, une des réussites de ce Plan c'est vraiment le fait que tout le monde travaille ensemble. Ce qui était, voilà, historiquement, c'était pas forcément très simple. Et je pense quand même, même s'il peut rester des fois des oppositions un peu historiques, je trouve que c'est quand même un vrai acquis de ce Plan. »

D'autres citations se rapportant à ce même concept confirment ce jugement, en dépit d'un sentiment de persistance de difficultés de collaboration entre ARS et CRAM dans certaines régions. Beaucoup de ces citations emploient l'expression « alignement stratégique » pour

désigner l'objectif recherché par cette nouvelle gouvernance de la régulation sanitaire. Comme nous l'avons déjà souligné au deuxième chapitre, et ainsi que ce dernier concept de premier ordre le rappelle, cette gouvernance s'est organisée « en mode projet », c'est-à-dire autour de la définition d'objectifs, d'échéances et de plans d'actions déclinés à plusieurs échelons de responsabilité. La planification utilisée lors du Plan triennal a donc conduit à un renouvellement de l'outillage administratif emprunté par cette forme de gouvernementalité, dans le but de renforcer la coopération entre les différents régulateurs primaires et secondaires du secteur de la santé en France.

Au global, la technologie sécuritaire élaborée dans le cadre du Plan triennal révèle une redéfinition du « régulateur » en tant que sujet collectif du secteur de la santé. Cette redéfinition est perceptible à travers la création des instances et des outils de pilotage, que nous avons décrits au deuxième chapitre, destinés à coordonner les acteurs de la régulation sanitaire. L'analyse de nos entretiens auprès de ces acteurs permet de comprendre que cette re-subjectivation du régulateur est la conséquence de la perception d'un risque économique systémique touchant le secteur hospitalier non lucratif. Cette crainte a conduit à l'invention de nouveaux dispositifs de sécurité reposant sur une rationalité doublement transformatrice, en ce qu'elle visait à la fois la transformation de la logique dominante de régulation du système sanitaire et la transformation des organisations hospitalières. Contrairement aux dispositifs de sécurité préexistants dans ce champ en France, ces dispositifs nouveaux ont été envisagés non seulement pour couvrir un risque de déséquilibre financier systémique mais aussi pour prévenir le risque d'incapacité des régulateurs comme des régulés à mener à bien par eux-mêmes ces transformations. C'est ce second type de risque qui a justifié le recours à un intermédiaire – en l'occurrence : l'ANAP – pour accompagner les régulateurs secondaires et les établissements régulés dans la mise en œuvre des transformations souhaitées. La technologie sécuritaire du Plan triennal se caractérisait ainsi par son ambition de transformer l'hôpital en tant que sujet organisationnel.

Une subjectivation rétroactive des organisations régulées

Ainsi que l'indique le dixième concept de premier ordre qui apparaît en figure 4.1, cette ambition s'est principalement incarnée dans un cadre d'organisation particulier : celui du virage ambulatoire. L'un des pilotes du Plan triennal a traduit cette ambition comme suit en 2017 :

> « C'est ce qu'on appelle le fameux "virage ambulatoire". C'est une réflexion qui monte [...] dans tout le monde du *welfare* sur : quelle est la bonne logique de prise en charge ? [...] Tout cela a un impact sur l'offre de soins. Et, au niveau de l'hôpital [...] parfois la réflexion habituelle est que l'étymologie c'est un hôtel. La chirurgie ambulatoire d'une certaine manière en a montré les prémisses : y a un enjeu, qui est un enjeu de transformation hospitalière, d'évolution vers l'hôpital du XXI^{e} siècle. »

Cette citation rappelle que le cadre d'hospitalisation ambulatoire s'est inscrit dans une évolution plus globale des modes de prise en charge, qui a conduit à repenser les fondements

historiques de l'organisation hospitalière. Cet extrait montre que les régulateurs primaires du Plan triennal étaient bien conscients du caractère holistique et divergent du virage ambulatoire, que nous avons souligné dans le deuxième chapitre. Il ne s'agissait pas simplement pour eux de promouvoir des pratiques organisationnelles déjà en place dans de nombreux hôpitaux, comme la chirurgie ambulatoire, mais de modifier structurellement l'offre de soins en *redéfinissant ce qu'est une organisation hospitalière*. Celle-ci n'était plus comprise comme un lieu d'hébergement – un « hôtel » – mais comme un des lieux possibles de prise en charge devant contribuer au bien-être des populations – le terme anglais de « *welfare* » est utilisé par la personne interrogée.

Cette *ré-objectivation de l'hôpital* en tant qu'entité régulée représentait à la fois une requalification de son *êthos* organisationnel et de *sa place dans le système de soins*, comme l'indique le onzième concept de premier ordre présenté en figure 4.1. D'autres pilotes nationaux du Plan ont en effet donné une acception plus systémique de la notion de virage ambulatoire, entendu comme un transfert d'activités et de ressources de l'hôpital vers la médecine de ville. L'un d'entre eux nous a ainsi affirmé en 2017 que le Plan triennal n'a fait qu'initier les transformations organisationnelles que le virage ambulatoire implique pour l'hôpital :

> « D'un point de vue organisationnel, je pense qu'on a commencé mais on est loin encore d'avoir abouti à tout ce qui est nécessaire. Puisque voilà, quand même, on tient l'ONDAM mais je pense que finalement on le crée beaucoup par le déficit hospitalier. [...] Faut continuer l'ensemble des actions qu'on mène mais on a besoin de transformations un peu structurelles si on veut changer la donne. [...] On a pas vu [...] de transfert de dépenses de l'hôpital vers la ville. Ce qui serait on peut dire, d'un point de vue macro, le virage ambulatoire. »

Toutefois, notre douzième concept de premier ordre met en évidence que *les capacités du régulateur à ré-objectiver le régulé ont été limitées*. Cela a particulièrement été le cas pour le virage ambulatoire en médecine, comme l'a souligné un autre pilote national du Plan en 2017 : « Sur la médecine, on était pas à maturité pour proposer des cibles pertinentes. [...] L'ANAP a fait un joli boulot sur la médecine ambulatoire en 2016. [...] Cela a permis de mettre en avant certaines pratiques intéressantes [...] avec des outils comme ils savent bien le faire. » Il peut être noté que ce pilote a jugé positivement les productions du groupe de travail conduit par l'ANAP avec 13 hôpitaux de jour de médecine car ces productions – notamment les outils d'autodiagnostic – lui ont permis de connaître des pratiques liées à ces unités. Cet exemple illustre bien que l'objectivation du régulé par le régulateur est rendue possible par les informations que le régulé lui fournit sur lui-même, en l'occurrence par le truchement de l'intermédiaire. Il doit être rappelé que ce travail d'identification des pratiques avec les régulés avait également été réalisé par l'ANAP et la HAS sur la chirurgie ambulatoire dès avant le lancement du Plan triennal. La dynamique d'objectivation et de subjectivation du régulé n'est donc pas uniquement descendante. Elle dessine plutôt une boucle de rétroaction, par laquelle le régulé va répondre avec sa propre subjectivité aux objectivations formulées par le régulateur.

La rétroaction entre objectivation et subjectivation n'a toutefois pas été systématique dans le cadre du Plan triennal. Le treizième concept de premier ordre, relatif à la *re-subjectivation des organisations régulées*, suggère que dans certains cas la re-subjectivation des régulés a pu

relever d'un processus d'apprentissage simple, par lequel le régulé a *accepté le changement de paradigme organisationnel* proposé par le régulateur et son intermédiaire. L'un des CPO que nous avons rencontrés en 2016 a par exemple déclaré : « On a bien compris quand même qu'il y avait un changement de paradigme et que la norme était aujourd'hui l'ambulatoire et l'exception devenait l'hospitalisation complète. Ça, on a entendu le message. Nous on y adhère. » D'autres fois, cependant, le régulé a pu également faire par lui-même l'apprentissage de ce cadre d'organisation, c'est-à-dire sans que cet apprentissage ne se produise en réaction à une ré-objectivation émanent du régulateur. C'est ce que nous avons nommé « *apprentissage spontané du régulé* » en figure 4.1. Les propos d'un cadre d'UCA que nous avons recueillis en 2017 illustre ce concept : « On y croit tous à l'ambulatoire [...] on le vit pas comme une contrainte. On sait que c'est l'avenir [...] C'est pas l'avenir parce que les tutelles le demandent, parce que ça coûte moins cher [...]. Quand on a compris l'intérêt pour le patient, on le voit. »

En outre, notre quinzième concept de premier ordre rappelle que la re-subjectivation d'une organisation est *un phénomène d'apprentissage collectif*, qui suppose un discours, une structure et des équipes partagés. La déclinaison du cadre d'organisation promu par le régulateur est ainsi nécessairement passée par la construction locale d'un modèle qui ne pouvait pas être qu'une simple conformation à un ensemble de règles précises préalablement édictées. Lors d'un entretien en 2017, un cadre supérieur de pôle a évoqué comme suit cette dimension collective de l'apprentissage lié au virage ambulatoire :

> « C'est une offre de soins qui se décline dans un modèle différent [...] ça suppose qu'on se parle, qu'on partage, qu'on se dise les choses parce que [les médecins] vont avoir comme dénominateur commun une seule et même structure dans ces hôpitaux de jour et une seule et même équipe qui elle appelle à des compétences aussi [...] particulières. »

En conséquence, quand bien même le « changement de paradigme », entendu par le CPO cité plus haut comme une représentation nouvelle de ce qui constitue la norme et l'exception dans l'organisation, est acceptée dans cette organisation, la traduction concrète du « message » reçu du régulateur ne peut résulter que d'un travail du régulé sur lui-même. Même dans les cas d'apprentissage simple, la dimension collective du phénomène de subjectivation a impliqué une confrontation entre ce message et la complexité d'une réalité organisationnelle singulière. À l'inverse, y compris dans les cas d'apprentissage spontané du régulé, tels que celui décrit plus haut par le cadre d'UCA, la conscience des demandes de transformation provenant des tutelles n'a pas été absente. Le sujet organisationnel régulé ne pouvait par conséquent pas non plus faire abstraction de son objectivation par le régulateur.

Au global, la focalisation du régulateur sur un cadre d'organisation, celui de l'hospitalisation ambulatoire, a entraîné au cours du Plan triennal une dynamique de rétroaction entre objectivation et subjectivation du régulé qui s'est avérée manifeste dans certains cas et davantage latente dans d'autres. Il semble que, sur la chirurgie ambulatoire, cette rétroaction avait déjà eu largement lieu avant le commencement du Plan triennal. C'est pourquoi la relation entre objectivation et subjectivation du régulé sur cette partie du cadre d'organisation apparaît davantage de manière résiduelle dans nos données, sous la forme d'une adhésion subjective à la norme. En médecine en revanche, le Plan triennal a plus clairement alimenté la rétroaction entre objectivation et subjectivation du régulé, notamment

car, au commencement du Plan, les régulateurs ne disposaient pas d'une connaissance suffisante pour objectiver ce que devait être l'hospitalisation ambulatoire de médecine. Ce travail d'objectivation a été effectué dans le déroulement du Plan, en grande partie par l'intermédiaire – l'ANAP – sur la base d'un recueil de retours d'expérience d'établissements régulés, et sous la forme d'un outil d'autodiagnostic comportant un volet qualitatif et un volet quantitatif. Cette objectivation du régulé a été jugée pertinente par le régulateur, qui l'a adoptée comme représentation souhaitable du régulé. Cet outil a ensuite été diffusé à l'ensemble des établissements régulés, afin qu'ils puissent confronter leur réalité subjective à cette représentation. Cet exemple montre comment la dynamique de rétroaction entre objectivation et subjectivation a reposé sur une combinaison de procédures d'énonciation d'une vérité sur l'organisation régulée, qui sont parties de l'observation de ce que peut être cette organisation afin de déterminer ce qu'elle devrait être, et qui en retour ont permis aux organisations régulées de dire qui elles étaient réellement par rapport à cet être idéal.

Une combinaison de procédures de véridiction alèthurgiques

L'élaboration de l'outil d'autodiagnostic des hôpitaux de jour médicaux a en effet mobilisé simultanément les trois types de procédures de véridiction qui se dégagent de notre analyse inductive. La démarche de construction de l'outil employée par l'ANAP a inclus la collecte de données quantitatives présentées comme des mesures de la performance de ces organisations, ainsi que le recueil de retours d'expérience condensés dans une liste de pratiques jugées bonnes. En renseignant ses propres indicateurs, ainsi qu'en répondant au questionnaire reprenant les pratiques retenues, un établissement pouvait ainsi réaliser lui-même un diagnostic de son organisation. La quantification du réel ainsi que l'expérience d'établissements régulés ont par conséquent été combinées dans cet outil d'autodiagnostic, comme dans la plupart des dispositifs du Plan triennal. Cette combinaison pouvait conduire à un renforcement mutuel comme à une contradiction entre ces différentes procédures. Aussi est-il important de rendre compte de la mécanique intrinsèque à chacune d'elle pour pouvoir repérer leurs points de jonction.

La *quantification du réel* a d'abord consisté à traduire le virage ambulatoire en *indicateurs chiffrés*. Nous avons vu au deuxième chapitre que l'outillage contractuel et de monitorage du Plan triennal comportait plusieurs indicateurs, dont les principaux étaient : les TA, les DMS, les IP-DMS, les TO et les TU, ainsi que le nombre de lits. L'un des CPO que nous avons rencontrés en 2016 nous a donné un exemple des effets de vérité qu'a pu provoquer l'usage de ces indicateurs dans les établissements régulés :

> « [Notre mentor] nous a passé un fichier là, on a un peu analysé nos DMS. [...] On est très bons sur le très court [...] là on est en dessous de 1 en IP-DMS. [...] Au-delà de 20 jours, c'est là où les IP-DMS s'envolent : on se retrouve à 1,20 [...] on l'a traduit : "donc nous là c'est un séjour qui devient [...] anormalement long". »

Dans ce cas, l'IP-DMS a été interprétée comme critère de définition du bon et du mauvais, mais aussi du normal et de l'anormal. Alors que la valeur de 1 a servi à marquer le premier

partage, les valeurs extrêmes ont fondé le second type de jugement, et ont conduit à la définition d'actions correctrices : en l'occurrence, la mise en place d'une commission des séjours longs dans l'établissement. Toutefois, une autre citation du même CPO révèle que ces effets de vérité des indicateurs n'ont pas été systématiques :

« Le message national un peu simpliste de dire "il faut fermer des lits", rendu au niveau local, n'est plus si simple. [...] En vrai, on s'en fout du nombre de lits. [...] Ce qui compte c'est ton calibrage d'équipe. C'est les dépenses qui vont avec, c'est les moyens que tu mets en face de ces lits. [...] Mon capacitaire en lits [...] au bout d'un moment j'[ai] communiqué que je l'[avais] baissé parce que sinon après on va me dire "ben c'est un taux d'occupation tout pourri". Mais oui, mais ça ne veut rien dire. »

Dans cette dernière citation, le CPO conteste la pertinence des indicateurs de capacités – le nombre de lits – et d'occupation de ces capacités retenus au niveau national, au motif que ces indicateurs ne reflètent pas la vérité de l'activité et des consommations de ressource des établissements. Le CPO oppose à ces indicateurs une autre quantification, celle des équipes de soins, qui lui semble rendre compte de cette vérité. Il est intéressant d'ajouter que le CPO a adapté le mode de calcul des indicateurs nationaux en conséquence, en ne considérant dans le taux d'occupation de son établissement que les lits auxquels était affectée une équipe. Cette modification du mode de calcul témoigne d'une volonté d'éviter des effets de vérité, c'est-à-dire des jugements portés par la tutelle sur la performance de l'établissement, qui n'auraient pas été conformes à ce que le CPO estimait être la vérité de cette performance. Il serait erroné de considérer cette réaction comme une forme de falsification des données ayant pour but de cacher de mauvaises performances. En effet, ce même CPO n'a pas cherché à nier ou à masquer les mauvaises performances signalées à travers les IP-DMS fournies par le mentor, mais a au contraire mis en place des actions fondées sur cette vérité. Les taux d'occupation n'ont pas entraîné les mêmes effets de vérité que les IP-DMS tout simplement parce que, du point de vue du CPO, ces taux étaient faux, en ce qu'ils ne correspondaient pas à la vérité tirée de sa connaissance et de son expérience de la réalité qu'ils étaient censés décrire. À l'opposé d'une opération de falsification, la modification du mode de calcul des taux d'occupation visait au contraire à rétablir cette vérité en corrigeant une procédure de véridiction jugée défaillante.

Ce cas illustre bien l'absence d'effet de vérité automatique des procédures de quantification dans le cadre du Plan triennal. Il suggère qu'au contraire ces procédures n'ont pu produire des effets que lorsqu'elles étaient valides au regard d'un autre critère de vérité : celui de l'expérience et de la connaissance empirique des acteurs. Cette même conclusion peut être tirée des procédures de quantification reposant sur *la comparaison des performances*. Les propos d'un des directeurs adjoints des établissements que nous avons visités en 2016 montrent que ce type de comparaison a fonctionné en induisant chez les comparés la volonté de comprendre ce qui, dans l'expérience des autres, pouvait expliquer les écarts de performance :

« La démarche qui parle beaucoup et qui fonctionne très très bien c'est le benchmark. [...] Ce que nous fournissait l'ARS [...] c'était d'avoir nominativement par établissement le taux de chir ambu. [...] Ça permettait de dire sur tel acte ben nous on en est là [...] eux ils en sont là. Déjà essayons de comprendre pourquoi. Essayons de prendre contact. »

La comparaison quantitative ne semble donc pas avoir produit des effets de vérité en elle-même, mais parce qu'elle a entraîné une recherche de la vérité selon d'autres procédures de véridiction fondée sur l'expérience. Toutefois, le critère de vérité employé ici n'est pas l'expérience de soi mais celle des autres, en ce qu'elle peut être valable pour soi.

L'usage que nous venons de relater des indicateurs et des comparaisons chiffrés met en évidence le *caractère alèthurgique* des procédures de quantification du réel observables dans le cadre du Plan triennal. Les données quantitatives n'ont pas été utilisées comme des critères d'une vérité objective, mais comme des outils de manifestation d'une vérité sur le sujet organisationnel. Cette vérité n'avait de validité que dans la mesure où précisément elle correspondait à l'expérience vécue par ce sujet collectif, c'est-à-dire où elle disait quelque chose dans lequel les acteurs organisationnels pouvaient reconnaître leur organisation. Cette portée principalement alèthurgique, et non épistémologique, des procédures de quantification du réel mobilisées dans le cadre du Plan triennal est confirmée par *le manque de vision quantifiée des résultats obtenus à travers ce Plan*. Un des pilotes du Plan a ainsi souligné en 2017 :

« Pour piloter le Plan on a pas eu de données assez rapides par exemple : [...] Est-ce qu'on a fermé vraiment des nombres de lits ? Est-ce que la DMS s'est vraiment réduite sur telle ou telle spécialité ? Je trouve que là-dessus, c'est un peu un regret, c'est d'avoir construit quelque chose d'ambitieux, mais finalement de pas avoir pu être au rendez-vous de la mesure des résultats, d'objectifs de résultats. »

Cette opinion signifie que les données communiquées par l'ANAP et par les instances de pilotage du Plan n'ont pas satisfait la volonté cet acteur de disposer de connaissances objectives sur les résultats obtenus.

La même mécanique alèthurgique est visible dans le groupe de concepts se référant à l'*autodiagnostic du régulé*. Comme nous avons déjà pu l'observer à travers l'évocation de l'outil d'autodiagnostic portant sur les hôpitaux de jour médicaux, cette seconde procédure de véridiction est à la jonction des deux autres, en ce qu'elle combine des indicateurs quantitatifs et le retour d'expérience d'autres établissements, afin de provoquer dans l'établissement utilisateur un effet réflexif. Une citation prononcée par l'un des CPO que nous avons rencontrés en 2016 permet de voir que, dans certains établissements, cette réflexion a généré des effets de vérité, puisque le renseignement d'un outil d'autodiagnostic – en l'occurrence : le Macrodiag – a conduit le CPO à présenter en directoire les résultats du questionnaire comme des *révélateurs des forces et des faiblesses* de son établissement : « C'était un bon moyen de montrer [à la nouvelle directrice générale] sur le radar nos forces et nos faiblesses. [...] Ça a permis en directoire de dire "voilà là où on voit qu'on a des choses sur lesquelles on a pas encore travaillé". »

Néanmoins, dans d'autres établissements, cette réflexion a conduit au contraire à remettre en cause l'outil d'autodiagnostic, comme en témoigne un autre des CPO que nous avons interrogés cette même année :

« Le Macrodiag pas terrible honnêtement [...]. Le premier questionnaire sur la chir ambu [...] c'est le summum de la technocratie quand même. [...] Il y en a un bis qui est très bien / pour le coup qui pose les vraies questions. [...] Y a tout une partie des questions tu peux même pas y répondre parce que telle qu'elle est posée elle présuppose quelque chose. »

La différence d'appréciation du CPO entre les deux versions du questionnaire sur la chirurgie ambulatoire dévoile que les personnes qui ont renseigné les outils d'autodiagnostic ont évalué la pertinence de ces outils par rapport à une formulation préalable, non nécessairement consciente, des problématiques de terrain qu'ils rencontraient. Lorsque les questions étaient posées dans des termes trop éloignés de cette formulation, les outils pouvaient apparaître comme « technocratiques » ; à l'inverse, lorsqu'ils correspondaient à cette formulation ils semblaient poser « les vraies questions ». En outre, ces personnes ont également interrogé les présupposés des outils par rapport aux réflexions qu'ils avaient déjà pu mener auparavant sur leur propre organisation et par rapport à la pertinence de ces préconisations dans leur situation particulière. Ainsi par exemple, alors que les deux CPO dont nous venons d'analyser les citations avaient tous deux fait remplir le questionnaire du Macrodiag sur les consultations externes par des équipes de leur établissement, les présupposés de ce questionnaire ont été considérés comme applicables dans le premier cas mais pas dans le second. Le premier CPO a ainsi déclaré :

« On a vu que sur les consultations externes c'était un point faible. [...] Ils ont travaillé sur les régies, là, c'était un travail un peu différent que j'avais initié moi. [...] On est un train de mettre en place un outil [...] qu'on a adapté des outils de l'ANAP et qu'on va déployer pour permettre aux référents des secrétariats de préciser leur plan d'actions au regard d'un diagnostic sur leur secrétariat. [...] Y avait des choses très bien [dans l'outil ANAP], y en avait [d'autres] un peu moins [bien]. On voulait pas que ce soit un outil non plus trop lourd.»

Dans cet établissement, les présupposés du questionnaire sur les consultations externes n'ont pas été globalement remis en cause. Les résultats de l'outil d'autodiagnostic ont été acceptés comme révélateurs d'un état de faiblesse que les réflexions précédentes sur l'organisation n'avaient pas encore mise au jour, puisqu'elles s'étaient focalisées sur une problématique différente : celle de l'encaissement en régie. Néanmoins, il doit être remarqué que ce premier constat tiré à l'aide de l'outil fourni par l'ANAP a donné lieu ensuite à une adaptation locale de cet outil, afin de préciser le diagnostic et d'élaborer des plans d'actions par secrétariat médical. Cette adaptation a consisté à alléger le questionnaire en en supprimant les parties jugées moins bonnes. Même dans ce cas donc, les présupposés de l'outil ont été passés au crible d'un *jugement sur leur congruence à la situation singulière de l'établissement*. C'est ce même exercice de jugement sur la pertinence des présupposés du questionnaire qui a conduit à leur rejet dans le second cas. Dans cet autre établissement, les présupposés du questionnaire sont entrés en contradiction avec les conclusions de la réflexion que les équipes avaient déjà menée sur leur organisation, et se sont révélés inapplicables en raison de contraintes architecturales, comme l'a indiqué le second CPO :

« C'est un choix de l'établissement. Ca a été étudié à l'époque. [...] Idem sur les consultations externes, où c'est pareil, on présuppose un plateau de consultations externes centralisé. C'est ça le modèle et c'est comme ça qu'il faut faire. Donc les questions, elles sont orientées aussi comme ça. Et moi j'ai pas du tout ce modèle-là et architecturalement on ne pourra pas le faire. On a essayé de l'étudier parce qu'on s'est dit que ça pouvait être une idée. On peut pas le faire, ça rentre pas dans l'architecture. »

À l'instar des procédures de quantification, les outils d'autodiagnostic n'ont pu par conséquent produire des effets de vérité que lorsqu'ils étaient suffisamment congruents à l'expérience de leurs utilisateurs dans les établissements régulés pour que ceux-ci puissent se les approprier. L'un des cadres supérieurs de pôle que nous avons rencontré en 2016 nous a fourni des éléments d'explication sur la nécessité de cette *appropriation par les utilisateurs* :

> « On s'aperçoit que l'outil il est pas forcément applicable en tant que tel. Donc faut retravailler dessus. [...] Il faut le temps d'assimiler les choses, de bien comprendre, avant de pouvoir aller l'expliquer aux autres. [...] On a beau avoir le super outil de l'ANAP bien ficelé, si personne veut monter dans le bateau, ça marche pas. »

Ce cadre a insisté sur le besoin d'assimiler et de retravailler l'outil non seulement pour le faire correspondre à la situation spécifique de l'établissement, mais surtout pour pouvoir ensuite en présenter les résultats à d'autres professionnels de l'établissement de manière à les convaincre de participer à une action collective. Cette citation rappelle que, pour produire des effets de vérité à l'échelle d'un établissement, les procédures de véridiction ont dû trouver des relais à l'intérieur de cette organisation. Or, ces relais n'ont pu fonctionner qu'en faisant leur la vérité qu'ils transmettaient. Cette transmission n'a donc pas été qu'une simple transcription dans un contexte donné de critères de vérité édictés de l'extérieur ; les transmetteurs se sont appropriés ces critères externes afin de produire leur propre vérité sur l'organisation à laquelle ils appartenaient en se fiant *in fine* à leur expérience de celle-ci.

Cette appropriation interne aux établissements régulés des procédures de véridiction mobilisées par les régulateurs et l'intermédiaire ne semble pas avoir été perçue par ces derniers comme une opération de contestation par la construction d'une contre-vérité. Bien au contraire, plusieurs des citations que nous avons recueillies auprès de pilotes nationaux du Plan témoignent du fait que, y compris pour des régulateurs primaires du Plan triennal, *la « vraie vie » se déroule au sein des établissements régulés*. Il en découle que la parole de l'ANAP est véridique pour ces régulateurs primaires dans la mesure précisément où cet intermédiaire est plus proche qu'eux de l'expérience du régulé, et même de celle des régulateurs secondaires. L'un des pilotes du Plan nous a ainsi confié en 2015 : « Quand l'ANAP me dit ça, je considère que c'est vrai [...] ils ont bossé avec des ARS [...] ils ont bossé avec des établissements. » Un autre pilote, que nous avons rencontré en 2017, a évoqué les salariés de l'ANAP en des termes similaires : « Ce sont des gens de terrain qui connaissent la vraie vie. »

L'expérience d'un régulé a également pu constitué un critère de vérité pour les autres régulés qui jugeaient que cette expérience pouvaient être répliquée. Un médecin DIM que nous avons interrogé en 2016 a par exemple estimé les changements liés au virage ambulatoire pouvaient être mis en place dans son établissement puisqu'ils l'ont été dans d'autres établissements de même statut – en l'occurrence : public – et même dans des établissements ayant un statut que ce médecin suppose encore moins favorable à ces transformations – celui de CHU :« Si même les CHU y arrivent je vois pas pourquoi on pourrait pas y arriver nous. [...] Sur la chirurgie c'est vrai qu'il faudrait quand même qu'on réussisse à mettre en place ce qui marche chez les autres [...]. Parce que ça marche chez d'autres, y compris dans des hôpitaux publics. » La procédure de véridiction par l'expérience d'autrui a donc pris la forme d'un raisonnement analogique, selon lequel l'expérience de

l'autre est valable pour soi dans la mesure où cet autre est similaire, ou qu'il présente les mêmes caractéristiques que soi mais de manière encore plus exacerbée.

Toutefois, une autre citation, prononcée par un cadre supérieur de pôle en 2017, met en évidence que, même lorsque l'expérience d'autrui n'a pas pu être répliquée en raison d'un manque de similitude, la confrontation à cette expérience a pu provoquer un effet miroir qui a induit une réflexion sur soi :

« Les cercles [...] ça me donne toujours des pistes pour continuer à me dire : là ils font comme ça, moi je peux pas transposer, mais ça me pose des questions sur ma pratique. [...] Là ils font comme ça je peux le faire, là je peux pas le faire mais je peux faire peut-être un système mixte [...]. Donc j'en sors toujours quelque chose. J'arrive toujours à trouver.

Ces propos illustrent comment les professionnels dans les établissements régulés ont pu faire le tri dans l'expérience des autres entre les éléments qu'ils pensaient être directement applicables à leur organisation et les éléments qui méritaient d'être réfléchis pour en trouver des adaptations correspondant à cette organisation. Ainsi, le même phénomène d'appropriation des critères de vérité déjà observé dans les autres procédures de véridiction – par la quantification du réel ou l'autodiagnostic – est aussi visible dans la rencontre avec l'expérience d'autrui. Là également, *l'expérience que le régulé avait de lui-même apparaît comme un méta-critère de vérité*, qui a déterminé la validité des autres critères. Nous avons déjà noté cette hiérarchie des critères chez les transmetteurs des procédures de véridiction au sein des établissements régulés. La citation suivante, d'un des cadres supérieurs de pôle que nous avons rencontrés en 2016, permet de constater qu'une mécanique de véridiction identique s'est déroulée chez les récepteurs finaux de ces procédures, c'est-à-dire chez les professionnels de santé intervenant auprès des patients :

« Concernant la chirurgie ambulatoire, [...] y a eu une certaine inquiétude à la fois des personnels médicaux et des personnels paramédicaux à laisser les patients partir dans la nature une fois que leur geste chirurgical était réalisé. Ça a tendance maintenant à s'estomper, parce que ça a bien marché. [...] Quand ça se passe bien au fil du temps, il se crée une sécurité par rapport à ces gestes-là. »

L'appropriation progressive de la chirurgie ambulatoire relatée par ce cadre supérieur de pôle indique que ce qui a constitué le critère ultime de vérité pour ces récepteurs finaux ce fut leur propre expérience des pratiques nouvelles. Lorsqu'un discours de vérité n'a pas trouvé matière à se vérifier ou à s'intégrer dans cette expérience, il a été finalement rejeté. Un exemple d'un tel rejet nous a été décrit par l'un des directeurs des soins que nous avons interrogés en 2017 :

« On a aussi à un moment l'expérience qu'a pu avoir un médecin sur telle ou telle pathologie, qui fait qu'après on arrive pas à retravailler. Je vous donne un exemple : [désignation d'un acte opératoire]. On sait que c'est très algique. On sait par contre qu'on peut le faire en chir ambu, mais à un moment on a eu un chirurgien qui a eu tellement de problème à gérer la douleur en préventif qu'aujourd'hui il ne veut plus le faire en ambu. »

L'expérience de soi du régulé a par conséquent servi de dénominateur commun entre les trois procédures de véridiction mobilisées dans le cadre du Plan triennal, en constituant un

critère de vérité ultime à la fois pour les émetteurs, les transmetteurs, et les récepteurs finaux de ces procédures. C'est uniquement lorsqu'ils laissaient un espace de congruence avec cette expérience de soi que la quantification du réel, l'autodiagnostic et l'expérience d'autrui pouvaient produire des effets de vérité. Ces effets ne relevaient pas de l'épistémologie, dans la mesure où ils ne reposaient pas sur la recherche d'une vérité objectivement valable, mais de l'alèthurgie, puisque les procédures qui les généraient amenaient le sujet régulé à énoncer une vérité sur lui-même et à agir en conséquence. En outre, l'ANAP semble avoir joué un rôle central dans la jonction entre ces différentes procédures de véridiction alèthurgiques, en fournissant aux régulés comme aux régulateurs primaires et secondaires des données quantifiées, des outils d'autodiagnostic et des retours d'expériences provenant d'établissements de santé. Pour les régulateurs primaires, la proximité de cet intermédiaire avec la réalité de terrain vécue par les établissements régulés et perçue par les régulateurs secondaires rendait sa parole légitime. Pour les professionnels dans les établissements régulés, l'ANAP présentait des vérités sur leur organisation ou sur d'autres établissements que ces professionnels pouvaient confronter à leur propre expérience. De cette manière, l'intermédiaire de régulation a contribué à l'ensemble les effets de vérité que nous venons d'aborder. De plus, ces effets ont été adossés aux mécanismes de pouvoir qui employaient les procédures de véridiction dont nous avons rendu compte.

Une dominante pastorale des mécanismes de pouvoir

Nous avons mentionné au premier chapitre que Michel Foucault a qualifié de pastoraux les mécanismes de pouvoir fondés sur l'orientation de la subjectivation du gouverné. Or, nous venons de voir que la technologie sécuritaire du Plan triennal visait précisément une re-subjectivation de l'hôpital en tant qu'organisation, et que cette re-subjectivation passait par des procédures alèthurgiques conduisant le régulé à manifester une vérité sur lui-même. Il n'est donc pas surprenant que notre analyse de ce Plan fasse ressortir comme mécanisme de pouvoir dominant, c'est-à-dire comme mécanisme ayant asservi les autres, le mécanisme pastoral. Cet asservissement des mécanismes juridico-administratifs a ainsi donné lieu à ce que nous avons qualifié de *contractualisation réactive*. Nous avons déjà noté au deuxième chapitre que le Plan triennal s'était appuyé sur les dispositifs contractuels qui lui préexistaient – les CPOM et les CPG – en tentant de les articuler. Nous avons aussi remarqué que l'un des objectifs de ces contrats – relatif au taux de chirurgie ambulatoire – avait été fixé nationalement pour chaque région par instruction gouvernementale. L'instrument de nature juridique que constitue le contrat semblait donc avoir été plus fortement administré que par le passé dans le cadre du Plan triennal. Nos entretiens auprès des acteurs du Plan invitent à nuancer ce constat d'une contractualisation administrée, au regard de l'usage que ces acteurs ont réellement eu de l'instrument contractuel.

Le concept d'*autolimitation du régulateur central*, présenté en figure 4.1, remet en effet en cause le principe d'une contractualisation descendante et centralisée à laquelle la détermination d'objectifs contractuels par instruction ministérielle aurait pu conduire. Nous avons déjà observé, dans notre analyse des modes de ré-objectivation des régulés, que les régulateurs primaires du Plan triennal n'avaient pas été en capacité de définir des cibles

organisationnelles pour le virage ambulatoire en médecine. Les propos d'un des pilotes du Plan recueillis en 2015 nous renseignent sur le fait que, même en chirurgie ambulatoire, pour laquelle le régulateur avait calculé des cibles par établissement, il ne s'est pas senti « prêt » à imposer ces cibles, et a préféré laisser les ARS négocier des objectifs de développement avec chaque établissement. Ce pilote a en effet déclaré : « L'administration centrale et le ministère [...] ne sont pas prêts à avoir des choses qui sont construites complètement du haut jusqu'à un déroulé tout en bas. » Un autre citation, prononcée par un autre pilote du Plan en 2017, peut éclairer les raisons de cette autolimitation des régulateurs primaires. Cette personne a souligné qu'« une fois qu'on a défini la cible, c'est le chemin le plus dur. Et ça n'aurait pas de sens de le tracer pas à pas pour tout le monde. » La difficulté de la contractualisation ne semble donc pas avoir résidé pas dans la fixation des cibles, mais dans l'élaboration d'une trajectoire pour les atteindre. Or, selon le dernier pilote cité, il ne peut exister une trajectoire unique valable pour tous les établissements. C'est pourquoi un espace de négociation devait être préservé afin que les ARS puisse adapter les cibles en fonction des trajectoires envisageables au cas par cas. La contractualisation qui a eu lieu dans le cadre du Plan triennal entre les ARS et les établissements a par conséquent été réactive, au sens de la théorie de la régulation, dans la mesure où l'instrument contractuel a été ajusté par les régulateurs secondaires du Plan en fonction de leur connaissance et de leur compréhension de la situation de chaque régulé.

Le concept de *mise en réseau des régulateurs secondaires* indique comment cette autolimitation du régulateur primaire s'est traduite dans la relation contractuelle qui s'est établie entre régulateurs primaires et secondaires au cours du Plan. L'un des pilotes nationaux du Plan que nous avons rencontrés en 2017 a insisté sur le fait que, de son point de vue, le plus important dans cette relation n'était pas l'évaluation de l'atteinte des objectifs, mais la compréhension des moyens par lesquels les régulateurs secondaires atteignaient ces objectifs, afin que les régulateurs secondaires puissent partager ces pratiques entre eux. Cette personne nous a exprimé cette opinion en ces termes : « C'est ma conception du CPOM. [...] Pour moi clairement le plus important c'est que font les ARS pour atteindre leurs objectifs [...] et [...] est-ce qu'y a des choses qu'on peut partager ? »

Il découle de ces propos que l'opposabilité réglementaire des taux régionaux de chirurgie ambulatoire n'a en réalité pas créé de contrainte supplémentaire pour les ARS, puisque les régulateurs primaires n'ont pas associé la réalisation de ces objectifs à des mécanismes de récompense ou de sanction. La seule conséquence possible en cas de manquement aux objectifs mentionnée par la personne précitée portait sur la part variable de la rémunération des directeurs d'ARS. Cependant, le versement de cette rémunération complémentaire était associé au respect global de la lettre de mission adressée par le ministère de la Santé à chacun de ces directeurs, dont le Plan triennal ne fournissait qu'un des éléments de contenu. Le suivi des contrats ARS-État avait pour vocation première, toujours selon cette même personne, non pas l'attribution de rétributions ou de pénalités, mais l'identification de pratiques ayant pu donner des résultats et pouvant être partagées avec les autres ARS. Ce qui transparait à travers cet usage de la contractualisation ARS-État est donc le souci des régulateurs primaires d'accompagner les régulateurs secondaires dans la mise œuvre de leur rôle en respectant leur autonomie mais en orientant leurs comportements par la diffusion de pratiques jugées vertueuses. Ce souci reflète la pénétration de la logique pastorale dans les mécanismes juridico-administratifs du Plan triennal.

Cette pénétration est perceptible également dans les relations entre les régulateurs secondaires et les établissements. Même des instruments juridiquement très contraignants, comme la MSAP, ont pu, dans les faits, résulter d'une *négociation entre les établissements régulés et les régulateurs secondaires*, parfois à l'initiative des établissements eux-mêmes. Un tel exemple nous a été relaté par l'un des CPO que nous avons interrogés en 2016 :« J'ai appelé [la personne de la CPAM], je lui ai dit : "j'aimerais bien que tu me remettes sous accord préalable. Vu avec mon [praticien spécialisé]". Parce qu'on est dans une relation de confiance et d'échange. » Ce cas illustre particulièrement bien comment les établissements régulés ont pu s'approprier un dispositif conçu par les régulateurs primaires comme un instrument tutélaire légalement contraignant, au point qu'ils en renversent la mécanique d'application. Ainsi que nous l'avons vu au second chapitre, la MSPA, telle qu'elle est prévue par la loi, est provoquée par les régulateurs secondaires, et n'est déclenchée qu'en cas d'infructuosité du dialogue entre ces régulateurs et l'établissement concerné. Dans ce cas, c'est l'inverse qui s'est produit, puisque la MSAP a résulté d'un dialogue engagé volontairement par un établissement régulé qui souhaitait la mise en place de ce dispositif dans « une relation de confiance et d'échange » avec le régulateur secondaire. De ce fait, alors que la MSAP relève juridiquement de l'injonction unilatérale, elle a pris dans ce cas la forme d'une négociation s'apparentant davantage à un contrat. Cette contractualisation implicite a été par construction réactive, puisqu'elle est intervenue en réaction à une demande formulée par le régulé.

Nous avons en outre remarqué dans le deuxième chapitre que le Plan triennal a mobilisé un outillage de gestion de projet tant au niveau des régulateurs primaires et secondaires, à travers la diffusion d'un kit de déploiement aux ARS, qu'au niveau des établissements régulés, avec le déploiement d'un dispositif dit de « monitorage » par l'intermédiaire. L'élaboration d'un tel outillage pourrait laisser penser que la contrainte de nature juridico-administrative a été remplacée par une autre forme de coercition, de nature disciplinaire, visant à normer les comportements des régulateurs secondaires comme des régulés par un formatage, un séquencement et une surveillance de leurs actions. Là encore, les propos recueillis lors de nos entretiens contredisent cette première impression. L'ANAP a ainsi été perçue, par l'un des CPO que nous avons rencontrés en 2016, comme fournissant avant tout un *soutien méthodologique* :

> « L'ANAP en général elle est sur du soutien méthodologique. Ce qui est bien parce que effectivement [...] ça donne des échéances, ça pousse un peu aux fesses, concrètement. Par contre, il y a des fois, on aurait vraiment besoin de quelqu'un qui soit sur site et qui vienne pas faire à la place, mais faire avec. Et pas être seulement en supervision et en support méthodologique. »

Ce soutien est d'abord jugé positivement car il crée une mise sous tension qui aide à avancer. Néanmoins, ce CPO ajoute ensuite que cette forme de supervision est parfois insuffisante, car elle n'offre pas le niveau d'accompagnement qu'il souhaiterait. Dans cet exemple, la surveillance qu'a exercée l'ANAP sur l'établissements régulé à travers sa méthode de conduite de projet ne semble pas avoir été vécue comme une contrainte, mais comme un mode, en l'occurrence insatisfaisant, d'accompagnement. La rationalité pastorale a donc également imprégné les dispositifs disciplinaires du Plan reposant sur une *normation méthodologique* des projets de transformation des régulés.

L'outillage de gestion de projet du Plan a par conséquent moins servi à modeler les comportements qu'à constituer un support à la disposition des équipes projet, qui sélectionnaient dans cette boîte à outils les éléments méthodologiques qu'ils trouvaient aidant et ignoraient les autres. Le témoignage d'un Directeur des soins avec qui nous avons échangé en 2016 donne un exemple d'une telle sélection :

« La fiche action [...] globalement elle est une bonne trame parce que ça permet de dire "quoi, qui, quand, comment, pour quel objectif ? " Après, les échéances, c'est très compliqué de les remplir [...] Moi par exemple je sais que je ne remplis pas dans les fiches actions [...] mes échéances. Je ne le fais pas parce que d'abord ça prend du temps, [et ensuite] parce que ce qu'on avait prévu, comme d'habitude, ne se déroule pas forcément. »

La possibilité laissée aux équipes projet d'adapter de cette manière le format des outils de monitorage montre le faible degré de coercition liée à la normation méthodologique dans le Plan triennal.

Les propos du médecin DIM du même établissement souligne toutefois que le régulé n'avait pas toujours la faculté de se soustraire à cette normation. Ce médecin savait que la méthode de calcul des potentiels de chirurgie ambulatoire retenue par le ministère de la Santé serait opposée à son établissement, même lorsque celle-ci n'avait selon lui pas de sens d'un point de vue médical. Il s'est donc conformé à cette normation méthodologique, mais a confronté cette normation à une autre, fondée sur la notion de geste marqueur, qui lui semblait plus réaliste et davantage fondée médicalement, car validée par les sociétés savantes :

« On sait qu'on risque d'être jugé par la DGOS ou en tout cas par sa méthode. [...] Mais [...] la méthode officielle [...] des fois ça n'a pas de sens en pratique médicale. [...] Donc après, on a présenté ce qu'on pensait plus réaliste : on s'est focalisé que sur les gestes marqueurs, en combinant les deux méthodes, mais en se focalisant vraiment sur les gestes marqueurs. Et là ça semble plus réaliste. »

Cet exemple permet de voir que lorsque la normation méthodologique a été imposée au cours du Plan triennal en dépit du désaccord des régulés, elle s'est alors limitée à une *conformation rituelle* sans portée pratique sur le comportement de ces derniers.

En sus de cet asservissement des mécanismes juridico-légaux et disciplinaires à la logique pastorale, le Plan triennal a aussi fait naître des dispositifs proprement inspirés de cette logique. Comme nous l'avons vu au deuxième chapitre , l'ANAP a mis en place dans le cadre du Plan triennal un ensemble de modalités d'accompagnement des établissements régulés, sous forme de mentorat, de transferts de compétences, d'outils thématiques et de cercles. Étymologiquement, la notion d'« accompagnement » signifie manger son pain avec quelqu'un. L'accompagnement implique par conséquent que l'accompagnateur partage le quotidien de l'accompagné, tout comme la notion de « pastorat » évoque la figure du berger qui vit au milieu du troupeau qu'il guide. Par nature, *l'accompagnement s'inscrit donc dans une logique pastorale de pouvoir*. Néanmoins, nous avons vu à travers notre analyse de la contractualisation et de la normation méthodologique que la nature des dispositifs gouvernementaux n'empêche pas qu'ils soient employés dans une stratégie de pouvoir différente de celle qui a présidé à leur conception originelle. C'est pourquoi nous devons vérifier dans nos entretiens que l'accompagnement fourni par l'ANAP auprès des régulés a bien servi une logique pastorale de pouvoir.

Une première citation relative au thème de l'accompagnement confirme que c'est bien dans cet esprit que les régulateurs primaires du Plan triennal ont envisagé le rôle de l'ANAP, puisque cet intermédiaire devait, selon l'un des pilotes nationaux du Plan que nous rencontrés en 2015, « permettre aux acteurs qu'elle accompagn[ait] de *prendre eux-mêmes la décision* ». Cette formulation renvoie à la définition même du pouvoir pastoral chez Michel Foucault, comme forme de pouvoir consistant pour le gouvernant à guider le gouverné par l'orientation de sa réflexion sur lui-même. Une citation prononcée par l'un des Présidents de communauté médicale d'établissement (PCME) que nous avons interrogés en 2016 montre en outre que c'est également ainsi que les dispositifs d'accompagnement ont été vécus dans les établissements régulés :

« Ca allait à chaque fois dans le sens de nos préoccupations. [...] On n'avait pas l'impression que [le mentor] était là pour nous apprendre des choses, mais il accompagnait. Mais c'est sûr que si ça avait été perçu comme des contraintes, des leçons à recevoir, ça aurait été moins évident. Mais ça n'a pas été le cas. »

L'expression « *all[er] [...] dans le sens de nos préoccupations* » fait directement écho à la description foucaldienne de la relation de pouvoir pastorale, dans laquelle le gouvernant doit se soucier du souci de soi du gouverné. Il est intéressant de noter que ce PCME oppose cette relation d'accompagnement à deux autres relations de pouvoir qui, de son point de vue, auraient été moins « évident[es] » : l'apprentissage et la contrainte. L'accompagnement offert par les mentors missionnés par l'ANAP au cours du Plan triennal ne semble donc pas avoir nécessairement constitué une forme pédagogique de pastorat. Cet accompagnement apparaissait en outre clairement exempt de tout rapport de contrainte, quand bien même, comme nous l'avons précisé au deuxième chapitre, la participation au programme de mentorat de l'ANAP n'avait pas initialement été décidée sur la base du volontariat.

Les mots d'un des CPO que nous avons rencontrés en 2016 corroborent cette idée qu'en dépit d'un enrôlement des établissements dans ce dispositif par les ARS, l'usage du mentorat a dépendu en réalité de la volonté des équipes projet dans les établissements régulés. Ce CPO mentionne ainsi : « Moi j'en ai profité pour que [le mentor] nous aide sur les aspects secrétariats médicaux. [...] On a fait une sorte de formation-action. [...] Donc j'en profite comme consultant interne. » Cet exemple d'internalisation du mentor illustre comment les accompagnateurs ont pu ponctuellement partagé le quotidien des établissements régulés. En revanche, cet accompagnement a dans ce cas pris la forme d'une « formation-action », indiquant que la dimension pédagogique n'était pas non plus systématiquement exclue du mentorat.

Ces deux dernières citations considérées ensemble suggèrent par conséquent que l'usage concret des dispositifs d'accompagnement du Plan triennal a en fait résulté du besoin d'assistance ressenti par les équipes projet au sein de chaque établissement régulé et de la capacité du mentor à y répondre. Une dernière citation, recueillie auprès d'un cadre supérieur de pôle en 2016, signale également la présence d'une autre dimension caractéristique du pouvoir pastoral dans l'accompagnement reçu des consultants rémunérés par l'ANAP : *la bienveillance*. Ce cadre nous a dit : « On a eu de la chance de tomber sur des accompagnateurs [...] missionnés par l'ANAP toujours très bienveillants [...]. On a envie d'y venir, on n'y va pas à reculons. » Or, ce qui distingue le pouvoir pastoral des autres relations

de pouvoir selon Michel Foucault est que le gouvernant a pour mission de veiller au bien des gouvernés. La bienveillance est donc le mécanisme de contrôle du pouvoir pastoral, comme la surveillance est celui du pouvoir disciplinaire et la sanction celui du pouvoir juridico-légal. La bienveillance a pour vocation de faire comprendre au gouverné quel est son propre bien, de manière à ce qu'il se dirige lui-même dans ce sens. Le fait que le cadre de pôle interrogé ait envie d'aller aux sessions de mentorat est, dans cette perspective, la preuve d'un contrôle pastoral réussi.

Dans leur ensemble, nos réponses à la question de la transformation de la régulation sanitaire qui a eu lieu au cours du Plan triennal (QR1) peuvent être résumées comme suit : le Plan triennal a instauré un nouveau régime de gouvernementalité sanitaire en France fondé sur une technologie sécuritaire visant une re-subjectivation rétroactive des établissements régulés à travers un combinaison de procédures alèthurgiques adossées à des mécanismes de pouvoir à dominante pastorale. Le changement de rationalité gouvernementale qui a présidé à ce régime a été provoqué par la perception d'un risque systémique de défaillance financière des établissements de santé publics et des ESPIC. La rationalité tarifaire jusqu'alors dominante ne permettant pas de faire face à ce risque, elle a été intégrée dans une rationalité gouvernementale nouvelle animée par un dessein de transformation du système de régulation et des organisations régulées. Cette rationalité transformatrice a complété les dispositifs de gestion du risque existants par d'autres dispositifs sécuritaires, destinés à prévenir le malheur individuel et collectif qui serait résulté de l'incapacité du système et des régulés à se transformer. Cette volonté de ré-objectivation des régulés, comme hôpitaux ambulatoires, et de leur place dans le système de santé, s'est toutefois heurtée, notamment en médecine, à l'absence de connaissances objectives disponibles. Les régulateurs du Plan triennal n'ont ainsi pu asseoir leur objectivation du régulé que sur la base des processus d'apprentissage par lesquels les régulés se définissaient eux-mêmes comme nouveaux sujets collectifs. C'est de cette manière que la re-subjectivation des régulés a rétroagi sur leur ré-objectivation par les régulateurs. C'est pourquoi les procédures de véridiction mobilisées au cours du Plan triennal relevaient de l'alèthurgie et non de l'épistémologie, puisque précisément elles avaient pour but de permettre au sujet organisationnel hospitalier d'exprimer une vérité sur lui-même. Dans cette logique, l'expérience de soi du régulé constituait un méta-critère de vérité, déterminant la validité des procédures de véridiction reposant sur la quantification du réel, l'autodiagnostic ou l'expérience d'autrui. En conséquence, c'est le type de relation de pouvoir précisément assise sur l'orientation de l'expérience de soi, c'est-à-dire la relation pastorale, qui a dominé les mécanismes de pouvoir employés dans le Plan triennal.

Il ressort de notre analyse que l'ANAP a été repositionnée, au cours de cette transformation de la régulation sanitaire en France, comme un intermédiaire de régulation ayant pour mission d'accompagner les régulateurs secondaires et les établissements régulés dans la conduite d'un changement organisationnel particulier : celui du virage ambulatoire. Le recours à cet intermédiaire était justifié, aux yeux des régulateurs primaires du Plan triennal, par le risque que régulateurs comme régulés soient dans l'incapacité de mener à bien ce changement par eux-mêmes. Deux effets de cet accompagnement, apportant des premiers éléments de réponses à notre troisième question de recherche (QR3), transparaissent dans cette analyse. L'intermédiation semble, d'une part, avoir provoqué un effet d'apprentissage du régulateur sur le régulé, permis par la retranscription faite par l'intermédiaire de

l'apprentissage effectué par le régulé sur lui-même. Cet apprentissage n'a donc pas procédé donc d'une meilleure connaissance objective du régulé, mais de l'expression par les régulés d'une vérité sur eux-mêmes que le régulateur considère valide. En ce sens, cet apprentissage a été alèthurgique et non épistémologique. D'autre part, l'ANAP apparaît comme un intermédiaire de vérité, dans la mesure où elle a contribué à l'articulation des différentes procédures de véridiction employées au cours du Plan triennal. Cette conjonction entre procédures de véridiction a conféré à l'ANAP une double légitimé : pour le régulateur central, sa proximité au terrain a constitué un critère de vérité, tandis que pour les professionnels travaillant dans les établissements régulés, la congruence à leur expérience des procédures de véridiction utilisées par l'ANAP a pu dans certains cas leur faire percevoir cette vérité sur eux-mêmes comme légitime.

Cette description des composantes du régime de gouvernementalité constitué par le Plan triennal donne une première vision macroscopique et statique du fonctionnement de ce régime. Toutefois, cette vision est insuffisante car elle ne permet pas de savoir comment les rapports entre ces composantes se sont établis de manière dynamique dans le déroulement du Plan triennal. En outre, le caractère réactif de cette régulation multi-niveaux impose de rendre compte de la manière dont les régulateurs secondaires et les établissements régulés se sont appropriés ces composantes.

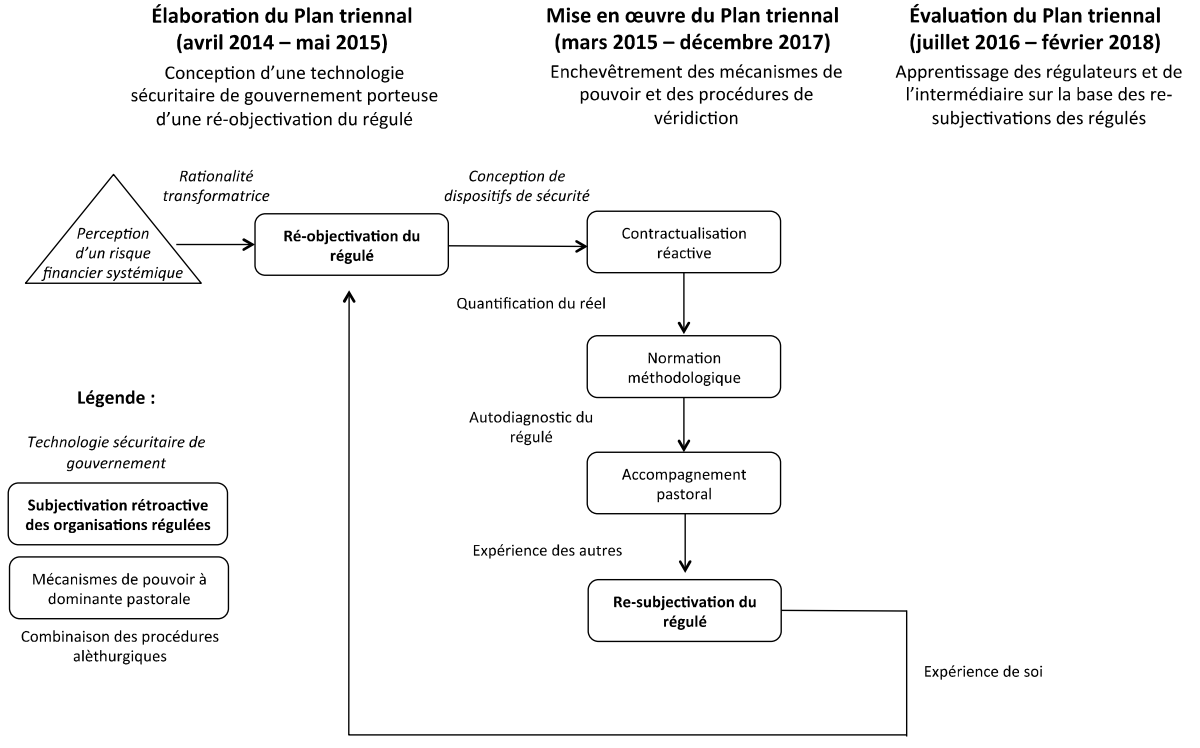
Section 2 : Le fonctionnement du régime

Le régime de gouvernementalité du Plan triennal a fonctionné sur trois niveaux imbriqués : le niveau macro – national – le niveau mezzo – régional – et le niveau micro des établissements régulés. Les régulateurs primaires du Plan ont défini au niveau national un cadre général de conduite des conduites, qui a ensuite été diversement assimilé par les régulateurs secondaires. Pareillement, les équipes projet dans les établissements régulés se sont différemment saisies de ces cadres régionaux pour déterminer leur propre manière de conduire la conduite des membres de leur organisation. Chaque niveau d'application générale a donc ouvert aux niveaux d'application plus particulière un champ de fonctionnements possibles. En retour, conformément au principe de régulation réactive, les choix de fonctionnement opérés aux niveaux micro ont impacté les fonctionnements régionaux, dont l'agrégation a donné sa réalité au fonctionnement national. La compréhension du fonctionnement du régime doit par conséquent partir du général au particulier, pour revenir ensuite au général. C'est pourquoi nous allons présenter d'abord la dynamique de fonctionnement nationale du régime de gouvernementalité du Plan triennal, avant d'aborder les grands types d'appropriation de ce fonctionnement que nous avons pu observer au niveau régional, et de modéliser le fonctionnement micro de ce régime de gouvernementalité sur la base de nos trois cas exploratoires d'établissements régulés.

La dynamique de fonctionnement nationale du régime

La figure 4.2 ci-dessous résume schématiquement comment les différentes composantes du régime de gouvernementalité se sont articulées au niveau national au cours du Plan triennal. Suivant les choix méthodologiques explicités au troisième chapitre, nous avons reconstitué la dynamique nationale de fonctionnement du régime en identifiant trois périodes dans le déroulement du Plan : l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation. L'élaboration du Plan a eu lieu entre son annonce officielle par la ministre de la Santé en avril 2014 et la publication par l'ANAP des appels d'offres relatifs à ses modalités d'accompagnement, en mai 2015, qui ont marqué l'aboutissement de la réflexion sur les actions à mener dans le cadre du Plan au niveau national. La mise en œuvre du Plan a toutefois débuté avant la finalisation de cette élaboration, avec le premier séminaire ROP du 18 mars 2015, à la suite duquel le kit de déploiement du Plan a été diffusé en régions. Cette mise en œuvre s'est achevée le 31 décembre 2017, date de fin du Plan. La démarche d'évaluation du Plan triennal a néanmoins été initiée bien avant cette clôture, puisque le premier rapport de bilan des dispositifs d'appui à la mise en œuvre du Plan a été publié par l'ANAP en juillet 2016. Nous avons fait courir cette période d'évaluation jusqu'en février 2018, car notre observation s'est arrêtée au-delà. L'évaluation du Plan s'est cependant prolongée après cette date, puisque l'ANAP a produit le rapport de bilan final de son appui fin 2018.

Figure 4.2 : Schéma de fonctionnement macro du Plan triennal



La période d'élaboration du Plan triennal a correspondu à un moment de *conception technologique*, puisque c'est durant cette période que la technologie sécuritaire de gouvernement que nous avons décrite en section précédente été conçue par les régulateurs primaires et leur intermédiaire. Le fondement sur lequel s'est bâtie cette conception a été la perception d'un risque financier systémique. Dans la mesure où la prévention de ce risque a représenté à fois le fait générateur et la finalité de l'avènement du régime de gouvernementalité sanitaire du Plan triennal, nous avons mis ce thème en exergue dans la figure 4.2 en le signalant par un triangle. Cette perception a instillé chez les régulateurs primaires la conviction qu'un changement de rationalité gouvernementale était nécessaire. En effet, la rationalité gouvernementale jusqu'alors dominante, qui était centrée sur le pilotage tarifaire, ne semblait pas pouvoir être maintenue, car elle ne permettait pas de couvrir ce risque. Cette logique sécuritaire a par conséquent amené les régulateurs primaires à adopter une nouvelle rationalité, visant la transformation des établissements de santé régulés. Cette rationalité nouvelle était ainsi porteuse d'une ré-objectivation de ces organisations régulées, en tant qu'offreurs de soins situés dans des parcours de patients qu'elles n'avaient plus vocation à prendre complètement en charge. Ce projet de ré-objectivation des établissements régulés impliquait de compléter les dispositifs de sécurité préexistants par des dispositifs de transformation organisationnelle. Ce sont ces dispositifs qui ont été les supports des mécanismes de pouvoir et des procédures de véridiction qui se sont enclenchés dans la période de mise en œuvre du Plan.

La figure 4.2 montre comment *ces mécanismes de pouvoir et ces procédures de véridiction se sont enchevêtrés* dans le fonctionnement national du Plan triennal. Le premier mécanisme de pouvoir à avoir été employé dans le Plan fut la contractualisation réactive. Ce mécanisme s'est prioritairement appuyé sur une quantification du réel, sous forme d'indicateurs de performance. L'ANAP a ensuite intégré ces indicateurs dans son dispositif de monitorage, qui visait une normation méthodologique de la conduite de projet dans les établissements régulés. Un des éléments clés de cette normation a également été le remplissage du Macrodiag, qui a induit un autodiagnostic quasiment systématique des établissements participant au programme de mentorat de l'ANAP. Les résultats du Macrodiag ont contribué à orienter l'accompagnement pastoral que l'ANAP a subséquemment offert à ces établissements par l'intermédiaire de ses mentors. Cet accompagnement a principalement reposé sur un partage d'expérience entre régulés, soit au sein de groupes d'établissements – lors des sessions collectives de mentorat – soit au sein de communautés thématiques – les cercles – soit par le truchement du mentor apportant sa connaissance sur les expériences d'autres établissements. Comme nous l'avons analysé en section précédente, les établissements régulés se sont appropriés ces différentes procédures de véridiction véhiculées par les mécanismes de pouvoir du Plan triennal afin de produire leur propre vérité sur eux-mêmes. Cette vérité n'a toutefois pu contribuer à l'avènement d'un nouveau sujet organisationnel que lorsque l'expérience individuelle et collective des membres de l'organisation régulée validait cette vérité.

C'est cette expérience de soi du régulé qui a finalement servi de matériau à l'*apprentissage des régulateurs et de l'intermédiaire sur le régulé* durant la période d'évaluation du Plan. L'intermédiaire a notamment joué un rôle de constitution de connaissances sur le régulé en médecine ambulatoire, car, à la différence de la chirurgie, les régulateurs primaires n'avaient pas au moment de l'élaboration du Plan triennal un savoir suffisant sur les hôpitaux de jour médicaux pour objectiver précisément ce cadre d'organisation et pour fixer des cibles aux

régulés. Les outils d'autodiagnostic produits par l'ANAP pour les hôpitaux de jour médicaux ont ainsi permis d'identifier, à travers l'expérience de 13 établissements régulés, certaines pratiques qui ont soulevé l'intérêt des régulateurs primaires. La ré-objectivation du régulé par les régulateurs, nous y avons déjà insisté, n'a donc pas été assise sur des procédures épistémologiques, qui auraient visé à déterminer les critères d'une connaissance objective du régulé, mais sur des procédures alèthurgiques, qui ont favorisé la manifestation d'un nouveau sujet organisationnel et l'exposition de cette manifestation devant les régulateurs.

Le manque de connaissances jugées objectives sur les transformations des régulés a néanmoins constitué pour certains régulateurs primaires, comme nous l'avons vu en section précédente, une limite cognitive en matière de pilotage du Plan et d'évaluation de ses résultats. Pour cette évaluation, les régulateurs n'ont pu avoir recours qu'aux données macro-économiques dont ils disposaient déjà avant le début du Plan, c'est-à-dire principalement la réalisation de l'ONDAM et le montant des déficits hospitaliers. Or, comme l'a souligné l'un des pilotes nationaux que nous avons interrogés en 2017, les chiffres disponibles à la fin du Plan triennal sur ces deux indicateurs suggéraient que la technologie sécuritaire conçue pour ce Plan n'avait pas atteint son but, puisque l'ONDAM avait été en grande partie respecté, selon la personne interrogée, par un accroissement des déficits hospitaliers. Ce constat d'échec aurait pu amener les régulateurs primaires à reconsidérer la pertinence de la rationalité transformatrice ayant présidé à l'élaboration du Plan triennal et la justesse de la ré-objectivation ambulatoire des hôpitaux à laquelle cette rationalité avait abouti. Les propos de ce pilote suggèrent qu'au contraire, cette rationalité et cette ré-objectivation sont sorties renforcées du Plan triennal, puiqu'il considérait au contraire que les transformations organisationnelles commencées durant le Plan triennal devaient être approfondies, par un transfert de ressources de l'hôpital vers la ville. Au moment où notre observation s'est achevée, en février 2018, les dispositifs du Plan triennal avaient pris fin depuis le 31 décembre 2017, sans avoir été ni reconduits ni remplacés. Il était donc trop tôt pour savoir si ce renforcement de la rationalité transformatrice et de la ré-objectivation ambulatoire des hôpitaux allait se traduire par une re-conception des dispositifs de sécurité mis en place pour le Plan. Bien que le risque que ces dispositifs devaient prévenir semblait finalement s'avérer, les régulateurs ne disposaient pas des connaissances qui leur auraient permis de se prononcer sur l'efficacité et sur l'utilité de ces dispositifs à partir de vérités considérées comme objectives.

La dynamique de fonctionnement du Plan triennal retracée ici révèle par conséquent comment le régime de gouvernementalité instauré par ce Plan a opéré au niveau national. Cette dynamique ne signifie toutefois pas que le Plan triennal ait fonctionné comme le souhaitait ses régulateurs primaires, dans le sens où il aurait produit des effets conformes à ceux que ces régulateurs recherchaient. Cette question de l'efficacité et des impacts des dispositifs du Plan triennal sera traitée dans le cinquième chapitre. Alors seulement pourrons-nous nous-mêmes apporter des connaissances susceptibles d'éclairer les régulateurs et l'intermédiaire sur la pertinence de ces dispositifs en tant que dispositifs de sécurité, c'est-à-dire sur leur contribution effective à la prévention du risque macro-économique qu'ils avaient vocation à couvrir. Toutefois, avant de pouvoir rendre compte de ces effets, il convient tout d'abord de comprendre comment les niveaux infranationaux de régulation, et, en premier chef, les régulateurs secondaires du Plan, se sont appropriés ces dispositifs de gouvernement.

L'appropriation régionale des dispositifs de gouvernement

Afin de déterminer les différents types d'appropriation régionale des dispositifs de gouvernement du Plan triennal, nous avons tout d'abord regroupé ces dispositifs selon les mécanismes de pouvoir auxquels ils participaient. En effet, comme le montre le schéma de la figure 4.2, les mécanismes de pouvoir ont structuré la mise en œuvre du Plan triennal, dans la mesure où ils ont été les supports des procédures de véridiction qui ont fait le lien entre la ré-objectivation et la re-subjectivation des régulés. Les dispositifs ayant participé à la contractualisation réactive ont été les CPOM et les CPG, ainsi, nous l'avons en section précédente, que les MSAP. La normation méthodologique a quant elle reposé sur les dispositifs de monitorage composés des feuilles de route stratégiques et opérationnelles, des indicateurs opérationnels et d'avancement de ces feuilles de route, ainsi que du Macrodiag. L'accompagnement pastoral comprenait pour sa part les sessions collectives et sur site de mentorat, les transferts de compétence et les cercles organisés par l'ANAP, ainsi que les outils thématiques produits et diffusés par cet intermédiaire.

En outre, certaines ARS et CRAM ont créé leurs propres dispositifs de contractualisation réactive, de normation méthodologique ou d'accompagnement. Ainsi, les CPOM pouvaient être doublés de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) ou de plans de retour à l'équilibre (PRE). De la même manière, des dispositifs de normation méthodologique régionaux ont vu le jour, principalement sous forme de benchmarks, d'instruments d'analyse et de calcul du potentiel de développement de l'ambulatoire ou des transformations capacitaires impliquées par ce virage, ainsi que de suivi de la masse salariale des établissements de santé. Parallèlement, des accompagnements régionaux de nature pastorale ont eu lieu, avec notamment l'organisation de journées d'échanges entre les établissements de la région sur les thématiques du virage ambulatoire, la proposition d'accompagnements individuels ou collectifs des équipes de ces établissements, ainsi que la conception et le partage d'outils portant sur ces thématiques. De plus, cet accompagnement pastoral a parfois concerné également d'autres thématiques du Plan triennal que le virage ambulatoire, comme les achats ou les transports sanitaires. Enfin, les binômes de salariés de l'ANAP affectés à chaque région ont fourni un accompagnement de nature pastorale aux équipes des ARS et des CRAM elles-mêmes, à travers des formations, une aide dans la sélection des établissements à retenir pour le mentorat, ou encore un soutien méthodologique en gestion de projet. Au global, la problématique d'appropriation régionale des dispositifs du Plan triennal revient donc à se demander *comment, dans chaque région, les dispositifs nationaux de gouvernement ont été articulés entre eux et avec les dispositifs d'engeance régionale*, et quelles sont *les relations qui se sont établies entre les régulateurs secondaires et l'ANAP* à travers cette articulation. C'est selon cette trame d'analyse que nous avons construit la matrice de regroupement conceptuel présentée en annexe 3. Cette matrice synthétise, région par région, les caractéristiques saillantes des dispositifs se rapportant à chacun des mécanismes de pouvoir mobilisés lors du Plan triennal. Sont indiquées en gras les modalités récurrentes d'appropriation que nous avons identifiées, auxquelles nous avons rattaché chaque description régionale.

Concernant la contractualisation réactive, le facteur différenciateur entre les régions a été l'*intégration des dispositifs de monitorage dans cette contractualisation*. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, la contractualisation a précédé la mise en place de dispositifs de normation méthodologique. Les régulateurs secondaires avaient donc le choix de réviser ou non leurs contrats avec les établissements de santé à l'aune des dispositifs de monitorage proposés par l'ANAP. Notamment, se posait la question de la cohérence entre le contenu des feuilles de route des établissements et leurs objectifs contractuels, ainsi qu'entre le suivi de la réalisation de ces objectifs et les remontées d'indicateurs opérationnels colligées par l'ANAP. Deux régions – notées A et I en annexe 3 – ont fait le choix de ne pas tenir compte du dispositif de monitorage national dans la contractualisation. Dans la région I, un dispositif contractuel préexistant de PRE s'est même parfois substitué aux feuilles de route stratégiques. À l'inverse, dans cinq régions – notées E, H, J, K et M – les feuilles de route ont servi de support à la contractualisation, dans la mesure où leur contenu a été repris dans les contrats signés avec les établissements. Entre ces deux extrêmes, dans cinq régions également – notées B, C, F, G et N – les dispositifs de monitorage n'ont pas été inclus dans les contrats eux-mêmes, mais ont alimenté le dialogue entre les régulateurs secondaires et les établissements autour de la réalisation des objectifs contractuels, souvent dénommé « dialogue de gestion » par ces acteurs. Les dispositifs de monitorage ont alors été utilisés comme des éléments d'information extracontractuels sur lesquels pouvaient également se fonder l'échange entre régulateurs secondaires et régulés. Enfin, dans deux régions – notées D et L – ce dialogue n'a pas reposé prioritairement sur une contractualisation, soit en raison de désaccord entre l'ARS et le principal établissement de la région sur les objectifs à retenir, soit car ce dialogue s'est d'abord instauré sur la base d'outils d'analyse développés par l'ARS et la CRAM. Pour ces deux cas, nos données ne contiennent aucune mention d'un usage des dispositifs de monitorage nationaux dans le dialogue entre régulateurs secondaires et établissements de santé.

Indépendamment de leur intégration dans la contractualisation réactive, les dispositifs de monitorage ont eux aussi varié d'une région à l'autre. La matrice de groupement conceptuel exposée en annexe 3 fait apparaître *quatre modalités de construction des dispositifs de monitorage à l'échelon régional*. Dans cinq régions – E, J, K, L et M – les régulateurs secondaires ont endossé les dispositifs nationaux de normation méthodologique, notamment en se posant comme instances de validation des feuilles de route des établissements. Quatre de ces régions ont néanmoins apporté des suppléments régionaux à ces dispositifs disciplinaires, sous forme d'analyses statistiques ou capacitaires, de calcul du potentiel ambulatoire des établissements, de benchmark, ou encore d'audits des établissements en difficulté financière. Dans deux régions – C et I – les régulateurs régionaux ont préféré co-construire les dispositifs de monitorage avec les établissements eux-mêmes, en remplissant avec eux les feuilles de route et en étendant la diffusion de ces dispositifs aux établissements qui ne participaient pas au programme de mentorat de l'ANAP. Dans cinq régions – B, D, G, H et N – les dispositifs de monitorage nationaux ont été utilisés comme bases d'informations et d'analyses, sans que les régulateurs secondaires ne valident systématiquement ces dispositifs. Dans trois de ces régions, les ARS se sont contentées d'émettre un simple avis sur les feuilles de route des établissements. Dans trois de ces cinq régions également, ces analyses ont été complétées par des benchmarks ou des échanges entre établissements sur les modalités de calcul des indicateurs. Enfin, dans deux cas – A et F – les régulateurs secondaires ont

révisé le format des dispositifs nationaux de normation méthodologique, en les intégrant dans des dispositifs de monitorage conçus régionalement pour suivre l'intégralité des blocs du Plan triennal et non pas seulement le virage ambulatoire, et, dans un de ces deux cas, en prenant en charge la collecte et la remontée des indicateurs opérationnels.

L'*accompagnement pastoral* offert régionalement pouvait quant à lui être catégorisé selon qu'il fût *similaire ou non à celui proposé nationalement*, et selon que *les compétences de l'ANAP aient ou non été mobilisées* par les régulateurs secondaires pour réaliser cet accompagnement. En effet, dans 10 régions sur 14, les régulateurs secondaires ont mis en place un accompagnement individuel ou collectif semblable à celui de l'ANAP sur les thématiques du virage ambulatoire, avec le déploiement d'outils, la tenue de journées d'échanges et même dans certains cas un coaching régional des équipes projet. Toutefois, dans 12 de ces 14 régions, les binômes régionaux de l'ANAP ont été associés à l'organisation de cet accompagnement régional. Dans huit régions, un accompagnement différent de celui de l'ANAP, sous forme d'appels à projets ou de participation à des programmes nationaux en lien avec d'autres thématiques du Plan triennal que le virage ambulatoire – comme les achats ou les transports sanitaires – a été ouvert aux établissements. Dans six de ces huit cas, cet accompagnement différent, que nous avons qualifié de « propre » dans notre matrice conceptuelle, s'est ajouté à l'accompagnement « similaire » à celui de l'ANAP. Dans les deux cas restants, il n'existait pas d'accompagnement similaire à celui de l'ANAP. Dans deux régions – G et N – l'accompagnement pastoral conduit régionalement a été construit, avec les binômes de l'ANAP, en complément et non similarité par rapport à celui déjà délivré par l'ANAP, à travers l'organisation de journées thématiques régionales. Dans quatre régions – B, C, H et J – le binôme de l'ANAP a apporté un appui méthodologique aux ROP, en les aidant à sélectionner les établissements à retenir pour le programme de mentorat, en les mettant en relation avec d'autres ARS, ou en leur transférant ses compétences en matière de gestion de projet durant les sessions collectives. Dans quatre autres régions – E, I, M et N – les binômes de l'ANAP ont mené des formations thématiques à l'attention des équipes de l'ARS, sur la gestion des lits, l'adéquation capacitaire, les blocs opératoires, la chirurgie ambulatoire, les transports sanitaires, l'analyse financière et l'usage d'Hospi Diag.

L'analyse des combinaisons de modalités par région fait apparaître quatre types d'appropriation régionale des dispositifs du Plan triennal, dont les caractéristiques sont décrites dans le tableau 4.1 ci-après. Nous avons dénommé le premier de ces types « *démarche intégrative* », dans la mesure où cette approche a consisté à intégrer complètement les dispositifs nationaux dans les dispositifs régionaux. Dans ces régions, les régulateurs secondaires ont validé ou avalisé les feuilles de route et les indicateurs opérationnels, et les ont employés comme supports de la contractualisation avec les établissements. Ces régulateurs ont également eu recours aux compétences méthodologiques ou thématiques des équipes de l'ANAP pour mettre en œuvre l'accompagnement pastoral à l'échelon régional.

Dans le second type, que nous avons désigné sous le vocable de « *démarche partenariale* », les régulateurs secondaires ont davantage adapté les dispositifs nationaux, dans le cadre d'une relation partenariale avec les établissements de santé et avec l'ANAP. Ces régulateurs secondaires ont en effet privilégié une posture de dialogue, d'analyse, de conseil, et de co-construction dans l'exercice de leur rôle de tutelle. Dans deux de ces régions, les feuilles de route ont ainsi été remplies conjointement par l'ARS et les établissements. Dans

une troisième de ces régions, l'ARS a organisé un échange entre les établissements sur les modalités de calcul des indicateurs à retenir régionalement. Néanmoins, cette adaptation régionale n'a pas correspondu à un rejet des dispositifs nationaux, mais plutôt à une forme d'appropriation dans laquelle les dispositifs nationaux ont été discutés avec les établissements de santé et modifiés lorsque certains ajustements semblaient pertinents. Par exemple, dans une de ces régions, en accord avec l'ANAP, les sessions collectives de mentorat ont porté sur des thématiques autres que celles du virage ambulatoire. Cette adaptation est aussi allée dans le sens d'une extension des dispositifs nationaux au-delà du périmètre envisagé par les régulateurs primaires et l'ANAP, avec une diffusion des feuilles de route ou des indicateurs opérationnels aux établissements qui ne participaient pas au programme de mentorat de l'ANAP. Dans ce second type d'appropriation, les régulateurs secondaires ont aussi mobilisé les compétences thématiques ou méthodologiques de l'ANAP, selon des modalités semblables à celles des régions du premier type.

Tableau 4.1 : Typologie des démarches d'appropriation régionales des dispositifs du Plan triennal

	Dispositifs			
Types	**Contractualisation réactive**	**Monitorage (normation méthodologique)**	**Accompagnement pastoral**	**Régions**
Démarche intégrative	Dispositifs nationaux de monitorage intégrés à la contractualisation	Dispositifs nationaux validés ou avalisés	Recours aux compétences thématiques ou méthodologiques de l'ANAP	**E, H, J, K et M**
Démarche partenariale	Dialogue privilégié sur la contractualisation	Posture d'analyse ou de co-construction	Recours aux compétences thématiques ou méthodologiques de l'ANAP	**B, C, G, I et N**
Démarche dissociative	Dialogue dissocié de la contractualisation	Analyse ou validation des FDR	Recours aux compétences thématiques de l'ANAP	**D et L**
Démarche autosuffisante	Contractualisation sur une autre base que celle des dispositifs nationaux de monitorage	Révision du format des dispositifs nationaux de monitorage	Pas de recours mentionné aux compétences méthodologiques ou thématiques de l'ANAP	**A et F**

Dans les deux autres types d'appropriation, en revanche, le recours aux compétences de l'ANAP a été plus limité ou inexistant. Dans la démarche que nous avons appelée « *dissociative* », les régulateurs régionaux ont simplement eu recours ponctuellement aux compétences thématiques des équipes de l'ANAP, pour organiser des journées d'échanges

entre établissements ou pour promouvoir les outils conçus par l'agence sur les thématiques du virage ambulatoire. En dehors de cette collaboration, l'action de l'ANAP, et, plus globalement, les dispositifs nationaux de gouvernement, ont été considérés par les régulateurs secondaires comme des objets dissociés de leur rôle de tutelle, et auxquels ils n'avaient pas vocation à contribuer. Dans l'une de ces deux régions, l'ARS a ainsi refusé de valider les feuilles de route des établissements, au motif que cet outil relevait de la compétence de l'ANAP et non de la sienne. Dans cette même région, le dialogue de gestion s'est organisé selon un partage strict des thématiques entre l'ARS et la CRAM, et ne s'est pas appuyé sur le suivi contractuel mais plutôt sur des outils d'analyse conçus par les sièges régionaux de l'ARS et de la CRAM, et diffusés aux directions départementales ainsi qu'aux CPAM de la région. Cette même dissociation entre dialogue et contractualisation a été observable dans l'autre région de ce type, en raison d'un désaccord entre l'ARS et le principal établissement de la région sur les objectifs contractuels à retenir. Cette absence de contractualisation avec cet établissement n'a toutefois pas empêché l'ARS d'envoyer au chef de projet de cet établissement, comme aux autres CPO de la région, une liste de propositions d'actions à inclure dans sa feuille de route. En sus d'avoir dissocié certains dispositifs nationaux des dispositifs régionaux, ces deux régions semblent donc avoir eu tendance à dissocier également les dispositifs contractuels, méthodologiques et pastoraux entre eux.

Le dernier type d'appropriation, que nous avons qualifié d' « *autosuffisant* », montre au contraire une forte interpénétration des trois dispositifs, mais dans un ensemble régional où les dispositifs nationaux sont remodelés. À la différence de la démarche partenariale, les régulateurs secondaires se sont positionnés dans un rôle prescriptif de tutelle et n'ont pas adapté les dispositifs avec les établissements de leurs régions. Ils ont construit eux-mêmes des dispositifs similaires aux dispositifs nationaux et ont substitué ceux-ci par ceux-là. Dans ces deux régions, les ARS ont ainsi imposé aux établissements un autre format de feuille de route que le format national. Lorsque la substitution n'était pas possible, ces régulateurs ont alors pris en main eux-mêmes les dispositifs nationaux, par exemple en prenant à leur charge la collecte et la remontée des indicateurs opérationnels. De la même manière, ces régulateurs ont offert aux établissements de nombreuses modalités régionales d'accompagnement pastoral, sur les thématiques du virage ambulatoire et sur d'autres, sans avoir recours aux compétences de l'ANAP.

Les entretiens menés avec les ROP et les membres des COMEX permettent en outre d'émettre des hypothèses sur les facteurs qui ont pu influencer l'adoption de chaque type d'appropriation. Tout d'abord, il semble que *les capacités de régulation en présence*, tant du côté des régulateurs secondaires que du côté de l'ANAP, n'ont pas été les mêmes dans tous les types. En effet, les deux régions qui ont choisi une démarche autosuffisante sont de grandes régions, dans lesquelles les services des régulateurs secondaires – ARS et CRAM – disposaient à la fois des compétences thématiques et méthodologiques pour concevoir et animer par eux-mêmes les trois types de dispositifs de gouvernement du Plan triennal. À l'opposé, les régions qui se sont engagées une démarche dissociative sont plus petites, et les équipes des régulateurs secondaires, de taille plus modeste, ont parfois eu du mal à déployer les différents dispositifs du Plan, comme l'ont clairement indiqué deux des personnes interrogées dans l'une de ces régions : « L'ARS n'avait pas les moyens d'analyser toutes [les feuilles de route stratégiques] [...] pas les moyens de suivre tous les établissements. » Dans l'autre de ces régions, l'incapacité de l'ARS à imposer des objectifs au CHU témoigne là

aussi d'une difficulté à mettre en œuvre l'un des dispositifs du Plan – en l'occurrence : la contractualisation réactive – moins en raison d'un manque de ressources humaines disponibles que du fait d'un rapport de force défavorable à la tutelle dû au poids prépondérant de cet établissement dans l'offre de soins régionale.

Ces deux types extrêmes en termes de capacités de régulation régionales n'en partagent pas moins un point commun : la faiblesse ou l'absence de recours aux compétences de l'ANAP. Ce constat peut résulter, en partie, des compétences personnelles des binômes de l'ANAP affectés à ces régions. L'un des responsables régionaux interrogés dans l'une de ces deux régions dissociatives a ainsi déclaré : « On est content pour l'un des binômes, on voit qu'il apprend des choses d'une session collective à l'autre. » Toutefois, ce responsable précise que lorsqu'il a sollicité le binôme de l'ANAP, celui-ci a fait « le nécessaire », mais qu'il « n'arriv[ait] pas à savoir comment [le binôme] pouv[aient] aider ». Le propos d'un ROP d'une région autosuffisante invite également à relativiser cette appréciation des compétences des binômes de l'ANAP par les responsables régionaux du Plan triennal, dans la mesure où ce ROP y exprime son regret qu'aucun membre du binôme de l'ANAP n'eût été médecin, alors même que l'un d'entre eux l'était. Il peut donc être déduit de ce dernier exemple que, même lorsque le binôme ANAP présentait des compétences demandées par les responsables de projet régionaux, ces compétences n'ont pas toujours été perçues ou mobilisées dans le cadre des démarches autosuffisantes ou dissociatives. Dans le cas des démarches d'appropriation autosuffisantes, la présence de l'ensemble des compétences nécessaires au déploiement régional du Plan chez les régulateurs secondaires peut expliquer l'absence de recours aux compétences de l'ANAP. Dans les cas de dissociation, il semble au contraire que ce soient les capacités d'actions limitées des régulateurs secondaires qui ont laissé peu de place à une sollicitation de l'ANAP. En effet, puisque ces régulateurs rencontraient des difficultés à mettre en place régionalement les dispositifs du Plan, en raison de moyens humains ou de contrainte restreints, l'espace de collaboration avec l'ANAP s'en trouvait de fait réduit.

Dans les régions qui ont suivi des démarches intégratives ou partenariales, en revanche, le recours aux compétences des binômes de l'ANAP a été double. Ces binômes ont apporté aux équipes des ARS à la fois *un savoir-faire méthodologique* en gestion de projet et *une expertise sur certaines thématiques* liées au virage ambulatoire ou à d'autres axes du Plan triennal, comme la chirurgie ambulatoire, les transports sanitaires, la gestion des lits, les blocs opératoires, la gestion des ressources humaines, ou encore l'analyse financière. Certains responsables régionaux interrogés ont davantage mis en avant le savoir-faire méthodologique des équipes de l'ANAP, comme ce membre de COMEX qui a affirmé : « Ils sont outillés, ils ont de la méthodo. » D'autres ont davantage insisté sur l'expertise thématique reçue, comme ce ROP ARS qui a souligné : « Ils ont des réponses aux questions très pointues ». Sur ce plan des connaissances thématiques, une dimension personnelle semble avoir joué, puisque les binômes de l'ANAP sont principalement intervenus en régions sur les thématiques qui correspondaient à leurs champs personnels d'expertise. Dans quelques régions toutefois, les binômes ont aussi fait appel à d'autres personnes de l'ANAP pour apporter aux régulateurs secondaires et aux établissements une expertise thématique que ces binômes estimaient moins maîtriser eux-mêmes.

Enfin, il peut être remarqué également que la disponibilité ou la présence des binômes ANAP a plus souvent été mentionnée par les responsables des régions de premier type – intégratif – que par ceux des régions de second type – partenarial. Dans ce second groupe de

responsables, ce qui est davantage mis en avant est l'appui que l'ANAP a fourni aux établissements de la région. Néanmoins, cette différence de focale dans le discours des responsables régionaux sur les équipes de l'ANAP peut être une cause comme une conséquence du type d'appropriation privilégié par ces responsables. L'adoption d'une démarche intégrative ou partenariale apparaît davantage comme la résultante de la place laissée à la contractualisation dans la régulation secondaire. En effet, dans les régions de premier type, la contractualisation a été posée par ces responsables comme la base du dialogue avec les établissements, et l'ensemble des dispositifs de régulations du Plan Triennal devait donc y être incorporé. C'est pourquoi, dans ces régions, les instances de suivi contractuel, sous forme de commissions ou de comités réunissant l'ARS, les services de l'Assurance Maladie et les directions des établissements, étaient également en charge du pilotage régional du Plan. Dès lors, il devenait logique pour ces responsables régionaux de convier l'ANAP à ces instances. En revanche, dans les régions de second type, comme l'a indiqué l'un des responsables interrogés, « les CPOM [ont été] relégués au second plan ». Le Plan triennal a ainsi été perçu et mis en place dans ces régions comme une modalité nouvelle de dialogue de gestion, impliquant des réunions spécifiques avec l'ANAP et des outils de suivis dédiés – c'est-à-dire les feuilles de route, les indicateurs d'avancement et opérationnels, ainsi que le Macrodiag. Cette séparation entre contractualisation et dispositifs de monitorage apparente la démarche partenariale à la démarche dissociative. Cependant, alors que dans la démarche partenariale les équipes de l'ARS ont été en capacité de poursuive le dialogue avec les établissements sur la base de ces nouveaux supports tout en maintenant les anciens, dans la démarche dissociative les ARS ne disposaient pas des moyens suffisants pour faire vivre tous les dispositifs en même temps et pouvoir faire le lien entre eux. Pour cette raison, le cloisonnement entre les dispositifs y a été plus au final fort et les opportunités d'actions conjointes avec l'ANAP moindres.

Au global, il ressort de cette typologie des appropriations régionales que l'ANAP a renforcé les capacités de régulation des régulateurs secondaires, sous forme de savoir-faire méthodologique et d'expertise thématique, dans les cas où ceux-ci disposaient déjà des capacités minimales pour faire vivre les dispositifs du Plan triennal dans leur région. Dans les cas où les régulateurs secondaires possédaient déjà par eux-mêmes l'ensemble des capacités de régulation suffisantes à la mise en fonctionnement de ces dispositifs, ou lorsqu'au contraire leurs moyens humains ou de contraintes étaient trop restreints pour transposer l'intégralité de ces dispositifs, cet *effet de capacitation* semble ne pas avoir eu matière ou avoir eu moins matière à s'appliquer. Ce troisième effet de l'intermédiation que révèle notre analyse des appropriations régionales apparaît donc comme *contingent*, dans la mesure où il principalement a dépendu à capacités présentes chez les régulateurs secondaires.

En outre, cette pluralité des appropriations des dispositifs de gouvernement par les régulateurs secondaires a induit des fonctionnements variés du régime de gouvernementalité à l'échelle régionale, puisque la contractualisation y occupait une place plus ou moins importante, et puisque le degré d'intégration entre les dispositifs n'était pas partout le même. Toutefois, en dépit de ces distinctions, les trois types de dispositifs de gouvernement se sont bien retrouvés dans chaque région. Les démarches d'appropriation régionale que nous avons décrites constituent donc des variantes du même fonctionnement macro du régime de gouvernementalité que nous avons explicité auparavant. En outre, si l'appropriation régionale du régime a déterminé les possibilités d'utilisation par les régulés de chaque type de

dispositif, ce conditionnement n'imposait pas pour autant un fonctionnement homogène de l'autorégulation sur l'ensemble du territoire régional. Au sein d'une même région, les établissements de santé pouvaient en effet diversement s'approprier la démarche régionale de régulation. Pour rendre compte de cette diversité d'appropriation à l'échelle de des organisations régulées, nous avons modélisé le fonctionnement de l'autorégulation sur la base de notre étude exploratoire de cas. Dans notre perspective foucaldienne, cette autorégulation constitue un gouvernement de soi des organisations régulées.

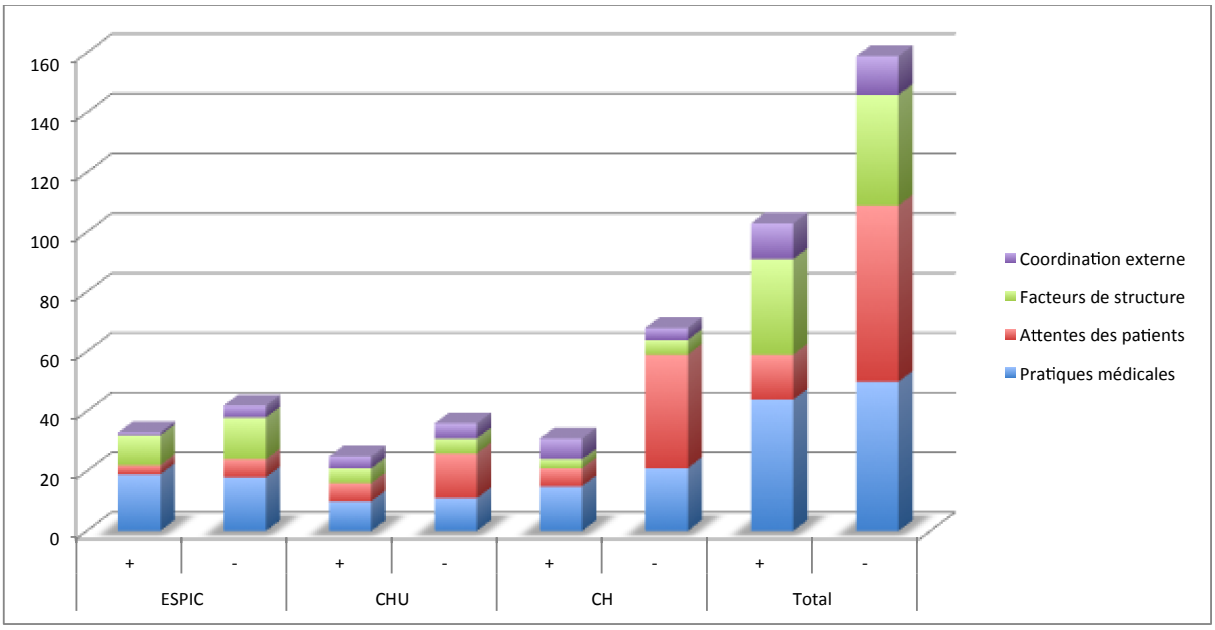
Le gouvernement de soi des organisations régulées

Afin de comprendre comment les organisations régulées ont pu agir sur elles-mêmes, nous avons commencé par demander aux équipes projet rencontrées quels facteurs étaient selon elles déterminants pour la transformation ambulatoire. La figure 4.3 ci-après montre les facteurs les plus souvent cités dans chacun des trois établissements de notre étude exploratoire ainsi que dans l'ensemble de ces trois établissements. Nous avons marqué d'un signe « + » les citations indiquant que ces facteurs jouaient positivement pour la transformation ambulatoire et d'un signe « - » les références faisant état de difficultés liées à ces facteurs dans cette transformation. Le facteur le plus souvent cité au global par les équipes projet rencontrées a été celui des *pratiques médicales*, c'est-à-dire des habitudes de travail et de prise en charge des patients par les praticiens. Ce facteur a été plutôt cité négativement, ce qui signifie que les personnes interrogées ont mis en avant des pratiques médicales qui posaient problème pour le virage ambulatoire, comme par exemple l'absence de renseignement des dates prévisionnelles de sortie des patients ou le maintien de protocoles anesthésiques lourds. Ces premiers résultats confirment, dans le cas spécifique du Plan triennal, que le virage ambulatoire est avant tout une problématique de changements de pratiques professionnelles, ainsi que nous l'avons exposé de manière générale au deuxième chapitre. Il est intéressant de remarquer toutefois que, dans un des trois établissements – celui ayant le statut d'ESPIC – les mentions positives aux pratiques médicales ont été légèrement plus nombreuses que les mentions négatives, ce qui suggère que ces pratiques étaient mieux adaptées au virage ambulatoire dans cet établissement par rapport aux deux autres au moment de notre étude.

En outre, les pratiques médicales n'ont pas été le facteur le plus cité dans le CH, et partagent cette première position avec un autre facteur au CHU. Dans ces deux établissements, les *attentes des patients* ont en effet occupé une place de tête dans le discours des équipes projet. D'une manière beaucoup plus nette encore que pour les pratiques médicales, ces opinions a priori des patients ont été majoritairement évoquées comme allant à l'encontre du virage ambulatoire. Les personnes que nous avons interrogées ont ainsi relaté que de nombreux patients étaient inquiets à l'idée de rentrer chez eux le jour même de leur hospitalisation. Chez certains patients cette perspective générait, toujours selon les équipes interrogées, le sentiment d'être traité « au rabais », alors que ces patients considéraient l'hospitalisation complète comme un droit. Néanmoins, sur ce facteur également, des disparités sont observables entre les établissements. Tandis que les mentions aux a priori négatifs des patients étaient deux fois plus fréquentes que celles à des a priori positifs dans l'ESPIC et au CHU, les mentions négatives ont été six fois plus nombreuses que les mentions

positives au CH. Dans ce dernier cas, l'équipe projet a souligné que certaines caractéristiques populationnelles des patients de l'établissement pouvaient les rendre moins disposés et même plus fréquemment inéligibles à une prise en charge ambulatoire. Notamment, la prévalence d'une population davantage rurale et plus âgée que dans d'autres bassins de vie entrainait, selon cette équipe, de nombreuses situations d'isolement géographique ou social des patients.

Figure 4.3 : Facteurs clés du virage ambulatoire cités par les équipes projet rencontrées



Note : l'axe des ordonnées mesure le nombre de citations.

Nous avons regroupé au sein d'une même catégorie une troisième série de *facteurs touchant à la structure* des établissements, c'est-à-dire à leur agencement architectural, à leur taille et à leur statut. À l'instar des pratiques médicales et des attentes des patients, ces facteurs de structure ont été le plus souvent cités négativement. En premier lieu, les équipes projet ont fait état de problèmes architecturaux compliquant la circulation des patients ou le regroupement d'activités. La taille a été mentionnée principalement au sujet de la difficulté pour une petite structure comme le CH d'atteindre un volume suffisant de chirurgie ambulatoire pour pouvoir y dédier une salle de bloc opératoire. Le statut a également été présenté avant tout comme une contrainte, soit en raison des obligations qu'il induit – comme la formation ou le nombre de gardes au CHU – ou des limites qu'il pose. Sur ce dernier aspect, le cas de l'ESPIC a révélé que le statut privé n'offrait pas que des avantages pour le développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, bien que ce statut permît d'intéresser financièrement les chirurgiens et anesthésistes à l'accroissement de l'activité, il plaçait ces opérateurs médicaux hors d'un collectif de travail, puisque ces derniers intervenaient en tant que libéraux payant une redevance à l'établissement pour l'utilisation de ses ressources en équipements et personnels. Cette configuration statutaire rendait ainsi par exemple très complexe le passage d'une programmation nominative – par chirurgien – des plages de bloc opératoire à une programmation par types de flux – ambulatoire ou conventionnel. C'est d'ailleurs dans cet établissement que les facteurs de structure ont été les plus souvent cités,

arrivant en seconde position après les pratiques médicales, alors qu'ils ont été deux fois moins cités que ces dernières au CHU, et qu'ils ont constitué l'ensemble de facteurs le moins cité au CH.

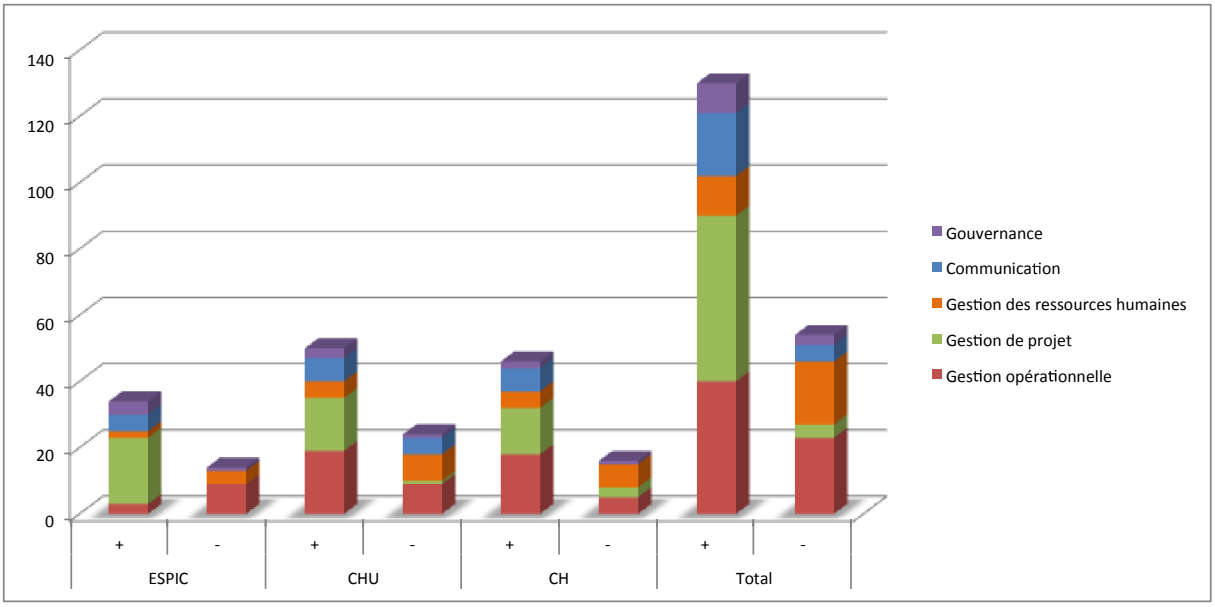
Dans cet établissement, c'est un autre groupe de facteurs qui occupe la troisième position dans le discours de l'équipe projet : ceux liés à la *coordination externe*, c'est-à-dire à la coordination entre l'établissement et d'autres structures de soins ou d'hébergement du territoire, y compris les professionnels de santé exerçant en ville. À la différence des deux autres établissements également, cette coordination externe a été évoquée plutôt positivement dans le CH, à travers la mise en place de parcours de soins coordonnés à l'échelle du GHT, l'existence d'un réseau d'infirmiers libéraux travaillant avec l'établissement, et l'organisation de la HAD avec d'autres offreurs de soins du territoire. Néanmoins, même dans cet établissement, le manque de ce que les personnes interrogées nommaient des « solutions d'aval », c'est-à-dire des possibilités de placement des patients après l'hospitalisation, conduisait les équipes à garder en hospitalisation des patients médicalement sortant, faute de place libre en SSR ou en EHPAD notamment. Dans l'ESPIC et au CHU, c'est surtout le faible niveau de coordination avec les professionnels médicaux et paramédicaux de ville qui était regretté par les équipes projet, dans la mesure où celui-ci rendait compliquée la préparation du retour à domicile des patients.

L'analyse comparative des facteurs jugés clés pour le virage ambulatoire par les équipes projet entre les établissements fait donc apparaître des problématiques communes aux trois cas – les pratiques médicales, les attentes des patients, les facteurs de structure et la coordination externe – mais indique également que ces facteurs retenaient différemment l'attention des acteurs impliqués dans le virage ambulatoire d'un cas à l'autre. Alors que dans l'ESPIC les pratiques médicales semblaient plus favorables et les patients moins réticents aux prises en charge ambulatoires, l'agencement architectural, le statut libéral des praticiens et le manque de coordination avec les autres professionnels de ville posaient des problèmes pour le virage ambulatoire. À l'inverse, au CH, les praticiens comme les patients apparaissaient moins prêts au virage ambulatoire, tandis que la coordination externe y était plus poussée et la dimension architecturale dépendante de l'atteinte d'un volume suffisant de chirurgie ambulatoire. Enfin, l'équipe du CHU présentait une vision plus équilibrée de l'ensemble de ces facteurs, d'où se démarquait toutefois la question des patients lourds, dont les prises en charge en ambulatoire relevaient de l'innovation thérapeutique et technique.

Puisque les équipes projet des trois établissements abordaient diversement les mêmes facteurs, il est logique que ces équipes aient également identifié les mêmes freins et les mêmes leviers pour agir sur ces facteurs, mais sans les envisager de la même manière. Comme le montre la figure 4.4 ci-après, les leviers les plus fréquemment cités dans l'ensemble des cas désignaient des solutions relevant de la *gestion de projet*, telles que : l'implication des responsables médicaux, des directeurs adjoints ou des cadres de soins dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation du plan d'actions lié au virage ambulatoire ; le soutien de la direction générale de l'établissement à ce projet ; la priorisation des actions à mener ; ou encore la mobilisation d'alliés au sein de l'établissement, notamment de praticiens pouvant expérimenter les pratiques nouvelles associées au virage ambulatoire et apporter à leurs confrères la preuve de leur faisabilité et de leur intérêt. Ce type de leviers a été particulièrement privilégié par l'équipe projet de l'ESPIC, avec, en sus des solutions que nous venons de mentionner, l'implication du médecin DIM et du Directeur des affaires financières

(DAF) dans la définition des objectifs de la feuille de route. Les équipes projet du CHU et du CH ont quant à elle moins investi ce champ de solutions. Elles se sont appuyées principalement sur des expérimentations ciblées de pratiques nouvelles ainsi que, pour le CHU, sur le soutien apporté par la direction générale, et, pour le CH, sur l'implication du DIM et du contrôle de gestion dans la définition des objectifs de la feuille de route. Certaines personnes interrogées au CH et aux CHU ont également signalé avoir rencontré des difficultés dans la gestion du projet de transformation ambulatoire de leur établissement, ayant pu constitué des freins à ce changement. Pour le CH, il s'est agit de la perte d'alliés parmi les praticiens suite à la mauvaise expérience de l'un d'eux dans la prise en charge de douleurs post-opératoires et à des modalités de calculs d'indicateurs qui ne permettaient pas la fixation d'objectifs pertinents pour la HAD et l'occupation des lits. Au CHU, une personne interrogée s'est plainte d'un manque d'écoute de la parole des équipes médico-soignantes dans la gestion des transformations.

Figure 4.4 : Freins et leviers pour agir sur les facteurs clés du virage ambulatoire cités par les équipes projet rencontrées



Note : l'axe des ordonnées mesure le nombre de citations.

Le second type de freins et de leviers le plus souvent cité par les équipes projet rencontrées a eu trait à la *gestion des processus opérationnels* concernés par le virage ambulatoire, tels que la gestion des lits, du bloc opératoire, du circuit des médicaments, des consultations, du dossier patient ou encore des flux non-programmés. Il est intéressant de noter que la gestion de ces processus a davantage été citée comme un levier au CH et au CHU, et comme un frein dans l'ESPIC. Dans cet établissement, les dysfonctionnements relevés par les personnes interrogées dans la gestion du bloc opératoire expliquent ce résultat. Symptomatiquement, au moment de notre visite, le poste de cadre de bloc était vaquant faute de candidats, et une adjointe de la direction des soins assurait cette fonction par intérim. Bien que les équipes projet du CH et du CHU aient également mentionné des problèmes de gestion du bloc opératoire, ainsi que du circuit du médicament et des flux non programmés, ces équipes ont

davantage fait référence aux solutions concrètes que la gestion des processus opérationnels avait permis de trouver pour avancer dans le virage ambulatoire, comme par exemple la mise en place de dates prévisionnelles de sortie, de salles de bloc dédiées à la chirurgie ambulatoire, ou d'une commission de suivi des séjours longs. L'organisation de la délivrance de médicaments aux patients sortants a également été décrite comme un levier pour le virage ambulatoire au CHU. Au CH, c'est, au point opposé du parcours patient, l'anticipation de l'hospitalisation ambulatoire dès la consultation du patient qui a été mise en avant.

Un troisième type de leviers mobilisé par les équipes projet interrogées a été la *communication*, à la fois auprès des patients et des professionnels de leur établissement. Concernant les patients, cette communication avait notamment lieu au moment des consultations préopératoires en chirurgie ou au moment de l'admission du patient, et visait principalement à informer les patients éligibles à l'ambulatoire sur comment se préparer la veille de l'hospitalisation, sur les étapes de l'intervention et sur les soins post-opératoires éventuels, ainsi qu'à les rassurer sur la sécurité de la prise en charge en ambulatoire en cas d'inquiétude de leur part. Vis-à-vis des professionnels des établissements, la communication consistait davantage à relayer en interne les messages formulés par les régulateurs primaires ou secondaires sur le virage ambulatoire, au besoin en mettant en valeur des expériences internes ou externes réussies de transformation ambulatoire. Il est à noter que le CHU se distingue des deux autres établissements par le fait que les personnes rencontrées ont aussi évoqué un manque de communication, notamment du ministère de la Santé, sur le virage ambulatoire. Ces personnes auraient en particulier souhaité que le ministère explique davantage au grand public le sens du virage ambulatoire et que celui-ci s'inscrive dans une politique de santé publique plus visible.

La *gouvernance* a fourni un quatrième type de levier, reposant sur la mise en place d'incitatifs au développement de l'ambulatoire. Ainsi, l'ESPIC a incité financièrement et individuellement chaque chirurgien en proposant une réduction de la redevance en cas d'accroissement de son activité ambulatoire. Au CHU, en raison du statut public de cet établissement, cette incitation a pris la forme d'allocations de ressources aux pôles conditionnées à l'atteinte d'objectifs de performance. Par exemple, l'obtention d'un nouveau poste de praticien hospitalier par un pôle chirurgical était soumise au respect des cibles d'occupation du bloc fixées à ce pôle. Au CH en revanche, ce levier incitatif n'avait pas encore été utilisé, bien que certains membres de l'équipe projet l'appelaient de leurs vœux. L'absence d'intéressement à l'ambulatoire était en effet vue par ces membres comme un frein dans le virage ambulatoire. Pourtant, dans les deux établissements ayant expérimenté cet intéressement, certaines de personnes interrogées ont souligné les limites des incitatifs en place. Au CHU, un médecin a déclaré que l'impossibilité d'instaurer un intéressement financier individuel des opérateurs ne poussait pas ceux-ci à avoir le même « débit » d'activité qu'en clinique privée. Toutefois, même dans l'ESPIC, où ce type d'intéressement existait, un médecin que nous avons interviewé a estimé que la réduction de la redevance liée à l'activité ambulatoire était trop faible pour constituer une incitation réelle.

Enfin, la *gestion des ressources humaines* est apparue comme un levier potentiel pour le virage ambulatoire, mais qui semblait davantage à l'état de frein dans les trois établissements visités. Le principal problème cité dans les trois cas était le manque de certaines ressources humaines essentielles pour le virage ambulatoire : les anesthésistes pour les deux établissements publics, et les cadres de bloc pour l'ESPIC. Le cloisonnement

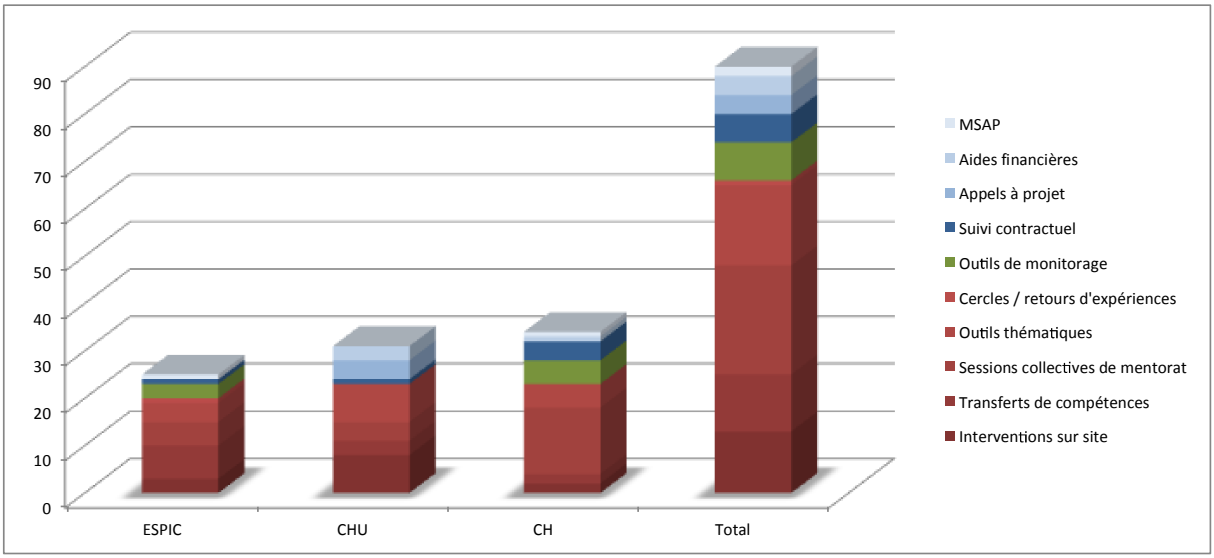
interprofessionnel était également décrit comme un obstacle au virage ambulatoire, dans la mesure les soignants, les médecins et les directeurs avaient du mal à construire un discours commun sur ce virage. Une personne interrogée dans l'ESPIC a ainsi insisté sur le manque de considération de la parole des soignants par les médecins, alors qu'un cadre de pôle du CH a évoqué une « subjectivité différente » entre médecins et soignants pour expliquer le fait que, devant remplir le même outil de diagnostic, les uns et les autres ne donnaient pas les mêmes réponses. Au CHU, c'est davantage l'opposition entre médecins et directeurs qui est ressortie du discours des équipes projet. Des pistes de décloisonnement ont néanmoins été envisagées par des personnes interrogées au CH et au CHU, qui désignaient les cadres de soins comme possible « courroies de transmission » entre soignants, médecins et directeurs. Au-delà de ces fonctions de décloisonnement, le développement de compétences nouvelles des personnels soignants s'est dégagé comme un levier du virage ambulatoire dans les trois établissements. Un poste d'infirmière de coordination de la HAD et du parcours ambulatoire a ainsi été créé respectivement au CH et dans l'ESPIC, et des postes d'infirmières de programmation ont vu le jour au bloc opératoire du CHU.

Une *stratégie spécifique de conduite de la transformation organisationnelle* est donc observable dans chacun des cas étudié. Dans l'ESPIC, cette stratégie a reposé principalement sur des solutions empruntées à la gestion de projet, sur la communication et la gouvernance. Au CHU en revanche, la stratégie de transformation s'est axée autour de la gestion opérationnelle, et a mobilisé de manière plus accessoire la gestion de projet, la communication et la gouvernance. L'équipe projet du CH a quant à elle privilégié la gestion opérationnelle et la communication, et, dans une moindre mesure, la gestion de projet, sans investir le levier de la gouvernance. Bien que la dimension ressources humaines offre davantage de similitudes entre les trois stratégies, les ressources manquantes et les cloisonnements interprofessionnels qui ressortent de l'analyse ne sont pas exactement les mêmes dans les trois établissements. Il doit être remarqué également que ces stratégies de transformation n'ont pas été portées par le même groupe d'acteurs dans les trois établissements, tout d'abord car la composition de l'équipe projet n'était pas identique dans les trois cas. Si la fonction de CPO était toujours assurée par un Directeur général adjoint (DGA), celle de CPO adjoint revenait au Directeur des soins (DS) de l'ESPIC et au Directeur des affaires financières (DAF) du CHU. Au CH, cette fonction de CPO adjoint était partagée entre le médecin DIM, le PCME et le DS. En outre, alors que des responsables pour chaque fiche action de la feuille de route avaient été désignés dans l'ESPIC et au CH, cela n'avait pas été le cas le CHU. Dans l'ESPIC, ces responsables n'étaient que deux, en sus du CPO et de son adjoint, en raison du périmètre du virage ambulatoire de la feuille de route de cet établissement, qui était restreint à la chirurgie ambulatoire. En conséquence, ces deux responsables étaient l'adjoint au DS faisant fonction de cadre de bloc et le médecin coordonnateur de l'UCA. Ces responsables étaient plus nombreux au CH, et comprenaient, outre les CPO adjoints, deux directeurs adjoints, un cadre supérieur et un médecin chef de pôle. Au CHU, les personnes indiquées par le CPO et son adjoint comme contribuant à la mise en œuvre du virage ambulatoire, sans que leur rôle ne soit formellement défini dans ce projet, étaient trois médecins cliniciens chefs de pôle ou de service, le chef du pôle pharmacie, deux cadres supérieurs de pôle et un cadre supérieur socio-éducatif. Dans l'ESPIC, le DIM et le DAF assuraient ce rôle de contributeur, mais davantage dans la définition et le suivi des objectifs de la feuille de route. Il peut donc en être déduit que, dans l'ESPIC, la stratégie de

conduite du changement avait été conçue par un binôme de directeurs, avec l'aide du DIM et du DAF, et qu'elle était relayée pour sa mise en œuvre par un cadre et un médecin. Cette équipe resserrée agissait sur un périmètre ciblé, celui de la chirurgie ambulatoire. Le CH au contraire avait fait le choix d'une stratégie collégialement définie et mise en œuvre sur un champ de transformation plus large. Au CHU, le lien entre la conception de la stratégie par le binôme de directeurs et sa mise en œuvre par les contributeurs médicaux et soignants n'était pas formellement arrêté.

De surcroît, ces stratégies ont amenés à des usages différents des dispositifs de régulation par ces équipes projet. Certes, comme l'indique la figure 4.5 ci-dessous, les références relatives aux *dispositifs d'accompagnement*, figurant en rouge dans le graphique, ont partout été les plus nombreuses. Toutefois, au sein de cet ensemble de dispositifs, ce ne sont pas les mêmes modalités d'accompagnement qui ressortent comme les plus utiles pour chaque établissement. Dans l'ESPIC, ce sont les sessions de transfert de compétence qui ont provoqué, aux dires unanimes des personnes interrogées, la prise de conscience d'un « changement de paradigme » entre l'hospitalisation conventionnelle et ambulatoire. Au CHU en revanche, ce sont les interventions sur site et les outils thématiques qui ont été davantage employés, pour renforcer la gestion de certains processus opérationnels, notamment les consultations externes. Dans les équipes du CH, ce sont les sessions collectives de mentorat qui ont été les plus appréciées, car elles permettaient un échange d'expériences entre établissements ainsi qu'une émulation alimentée par un partage d'indicateurs. Il doit être précisé qu'au moment de notre enquête les cercles commençaient seulement à se mettre en place, ce qui peut expliquer le faible nombre de mentions à cette modalité, évoquée uniquement par l'équipe projet de l'ESPIC.

Figure 4.5 : Usage des dispositifs de régulation cités par les équipes projet rencontrées



Note : l'axe des ordonnées mesure le nombre de citations.

La variété dans l'usage des *dispositifs de monitorage* est encore plus marquée. L'équipe du CHU n'a eu aucun usage de ceux-ci, à l'exception du questionnaire du Macrodiag relatif aux consultations externes, qui a été employé comme base pour la construction d'un outil

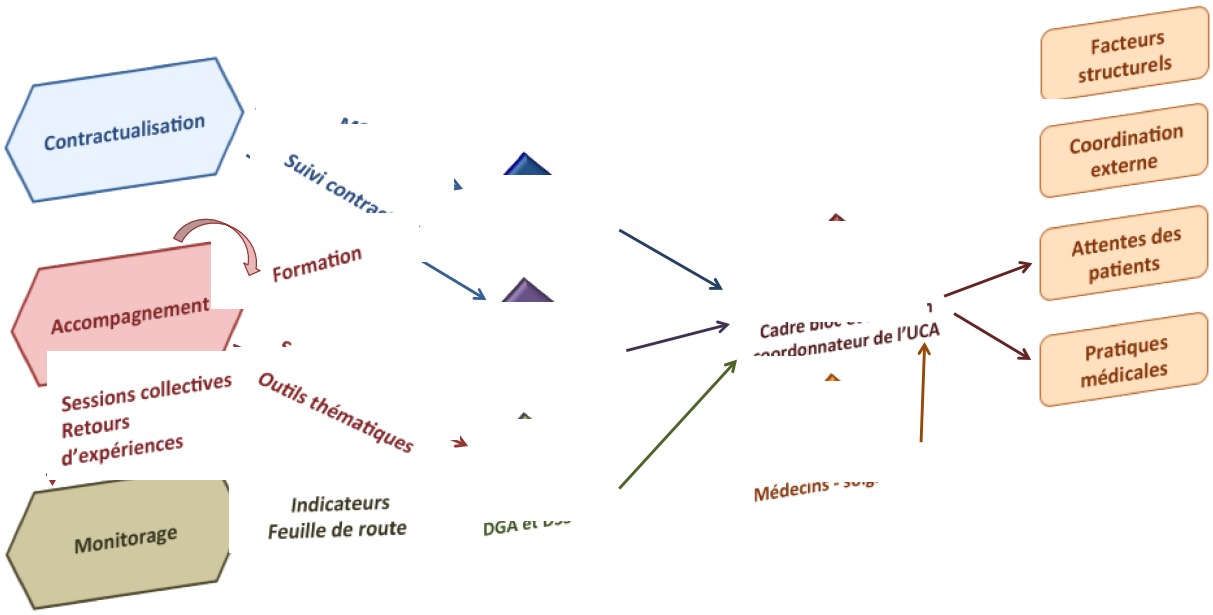
thématique *ad hoc*. À l'inverse, l'ESPIC n'a pas souhaité renseigner le Macrodiag, mais a considéré le dispositif de remontée d'indicateurs ainsi que le format de la feuille de route comme des instruments essentiels pour sa gestion de projet. Tout en contestant la pertinence du mode de calculs de certains indicateurs, l'équipe du CH s'est surtout servie de l'échéancier de la feuille de route et du suivi des indicateurs pour « mobiliser les acteurs » internes à l'organisation. Ces usages différents des dispositifs de monitorage semblent être allé de pair avec les recours privilégiés aux *dispositifs de contractualisation*. En effet, dans l'ESPIC comme au CH, le suivi du CPOM et la MSPA occupent une place prépondérante, et même exclusive dans le cas de l'ESPIC, dans les propos des personnes interrogées sur ce type de dispositifs. Au CHU en revanche, ce sont les aides financières et les appels à projet en provenance de l'ARS qui ont été jugés les plus aidants.

Ces usages des dispositifs de régulation paraissent en *adéquation avec les stratégies de conduite de la transformation organisationnelle* adoptées par chaque équipe projet. L'appréciation positive des dispositifs de monitorage dans l'ESPIC est cohérente avec l'importance donnée à la gestion de projet dans cet établissement. À l'opposé, le choix d'une stratégie axée prioritairement sur la gestion opérationnelle au CHU peut expliquer l'absence d'intérêt pour les dispositifs de monitorage, sauf lorsqu'ils pouvaient être réemployés pour accompagner la gestion opérationnelle. Enfin, la dimension collégiale de la stratégie de transformation du CH vaut également pour son usage des dispositifs de régulation, avec une préférence marquée pour le partage d'expériences et la comparaison de résultats avec les établissements de sa région. Toutefois, les personnes interrogées mettent également en avant des facteurs liés aux personnes portant les dispositifs de régulation pour expliquer le jugement qu'ils formulent sur ces dispositifs. Ainsi par exemple, le fait que l'un des membres du binôme de l'ANAP dans la région de l'ESPIC était responsable de l'organisation des transferts de compétences au niveau national peut expliquer que cette équipe ait été orientée vers cette modalité d'accompagnement en particulier. La capacité du mentor du CHU à intervenir comme un consultant interne en gestion des processus lors des sessions sur site a également rendu possible cet emploi du dispositif d'accompagnement dans cet établissement. De la même manière, la qualité de la dynamique du groupe de CPO lors des sessions collectives de mentorat, qui a été soulignée par l'équipe projet du CH, a donné accès pour cet établissement aux expériences et résultats de ses voisins. Néanmoins, si ces facteurs personnels ont pu influencé le recours à une modalité particulière, ils n'invalident pas le constat d'un usage des dispositifs de régulation dépendant de la stratégie de transformation privilégiée dans chaque établissement. Cette conclusion vaut aussi pour le rôle joué par le type d'appropriation régionale des dispositifs de régulation. En effet, l'usage des dispositifs de contractualisation par le CH est plus proche de celui de l'ESPIC que de celui du CHU, alors même que les régulateurs secondaires ont déployé une démarche partenariale dans la région du CH comme dans celle du CHU, et une démarche intégrative dans celle de l'ESPIC. Les capacités des porteurs des dispositifs de régulation n'ont donc pas contraint les établissements régulés à un usage prédéterminé des dispositifs de régulation. Ces capacités ont simplement ouvert un champ de possibilités, dont les établissements se sont saisis ou non en fonction des stratégies de transformation conduites en leur sein.

La manière dont les acteurs de chaque établissement ont intégré les dispositifs de régulation dans leur stratégie de conduite de la transformation ambulatoire est perceptible à travers les matrices d'interaction entre les éléments de notre analyse. Traduites sous forme de

logigrammes, ces matrices décrivent le fonctionnement de l'autorégulation dans chacun des cas observé. *Dans l'ESPIC*, le schéma de la figure 4.6 ci-dessous montre un *fonctionnement en cascade* : les dispositifs de régulation ont en effet d'abord été utilisés pour la communication, la gouvernance et la gestion de projet touchant le virage ambulatoire, puis ces premiers leviers ont ensuite permis d'agir sur la gestion des processus opérationnels. Le dispositif de MSAP a ainsi été évoqué par le DIM comme un moyen de convaincre les praticiens réticents au virage ambulatoire. Ces praticiens rejoignaient donc le nombre des cliniciens qui communiquaient auprès des patients sur le déroulé de leur intervention lors des consultations préopératoires afin de répondre à leurs inquiétudes éventuelles. De la même manière, la formation avait transmis au DIM le message du « changement de paradigme » qu'il pouvait à son tour relayer aux autres médecins.

Figure 4.6 : Schéma de fonctionnement de l'autorégulation dans l'ESPIC



Le suivi des objectifs contractuels de développement de l'ambulatoire par l'ARS avait quant à lui impulsé la mise en place dans le système de gouvernance de l'établissement d'incitatifs visant à accroître le recours à l'UCA. Enfin, le cadencement des interventions sur site, l'aide fournie par les outils thématiques et par les données comparatives accessibles grâce à la formation pour la définition du potentiel de développement de chirurgie ambulatoire de l'établissement, tout comme les indicateurs opérationnels et le renseignement de la feuille de route, avaient facilité la fixation et le suivi des objectifs du projet. Ce projet comportait beaucoup d'actions opérationnelles relatives à la gestion du bloc opératoire et de l'UCA. La communication, la gouvernance et la gestion de projet ont par conséquent pu impacter les pratiques médicales et les attentes des patients à travers leurs effets sur la gestion opérationnelle. La gestion des ressources humaines a par ailleurs croisé la gestion des processus opérationnels à travers la création d'un poste d'infirmière coordinatrice du parcours ambulatoire à l'UCA. Nous n'avons pas pu établir de lien entre cette création de poste et les dispositifs de régulation dans ce cas. En revanche, nous avons pu noter que les dispositifs de

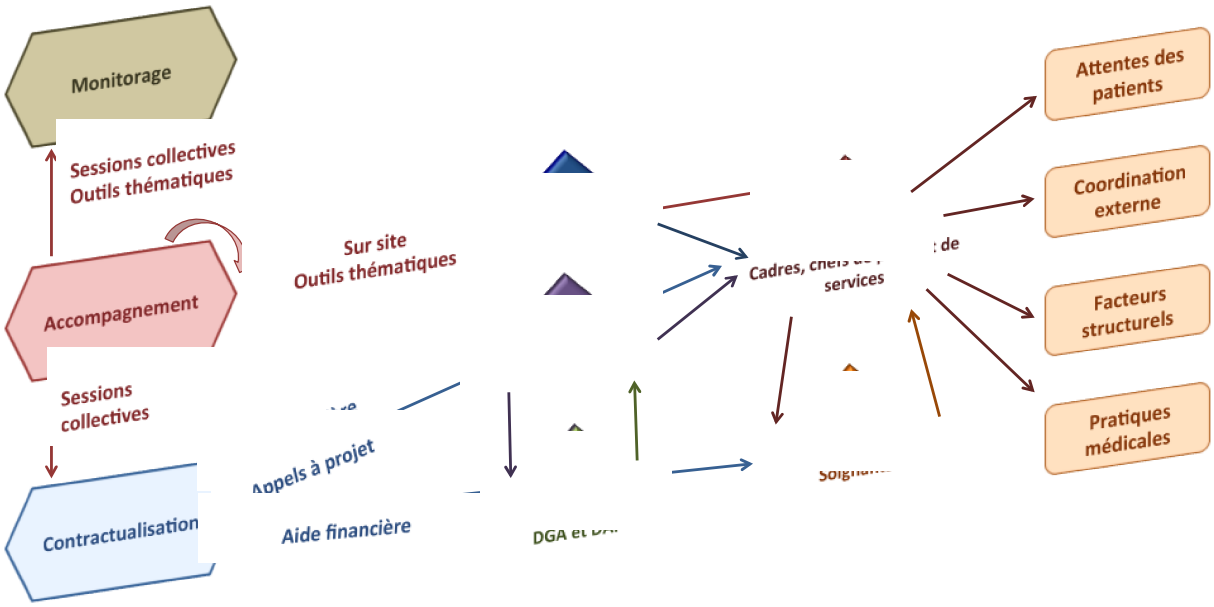
régulation pouvaient se renforcer mutuellement, puisque les sessions collectives de mentorat et le retour d'expérience des autres établissements servaient le dispositif de comparaison du monitorage. Au sein même des dispositifs d'accompagnement, une modalité, telle que la formation en l'occurrence, pouvait en servir une autre, comme la diffusion de l'outil thématique sur lequel était articulée cette formation[38].

Au CHU, au contraire, *les dispositifs de régulation ont interagit plus directement avec la gestion opérationnelle et des ressources humaines*. En effet, comme nous l'avons représenté dans la figure 4.7 ci-contre, les interventions sur site et les outils thématiques ont été orientés dans cet établissement vers la gestion des consultations, des lits et du bloc opératoire. La contractualisation est aussi venue soutenir cette gestion des processus à travers des financements reçus de l'ARS pour des projets de réduction des DMS et de prises en charge ambulatoires innovantes, concernant des gestes chirurgicaux habituellement réalisés en chirurgie conventionnelle. Ces aides ont également couvert un temps d'infirmier dédié à recevoir les patients en consultation préopératoire avant ces interventions. Le fait de réussir à dégager du temps soignant supplémentaire a ainsi contribué à fluidifier le passage des patients concernés au bloc opératoire. Là aussi, la communication, auprès des patients, a donc été employée dans la gestion de processus opérationnels. De la même manière, la gouvernance, par la mise en place d'incitatifs à l'atteinte d'objectifs d'occupation du bloc opératoire, a visé la gestion des processus opérationnels. En revanche, la gestion de projet ne semble pas avoir été aussi directement axée sur la gestion des processus opérationnels, mais plutôt être intervenue dans la gouvernance de l'établissement, par la présentation des diagnostics initiaux et des résultats des actions la feuille de route en directoire. En retour, la gouvernance a servi la gestion de projet à travers un soutien de la direction générale de l'établissement sur cette feuille de route. Évoquant le même type de relation de renforcement réciproque entre des leviers, des personnes interrogées ont souligné que l'évolution des processus opérationnels dans le cadre du virage ambulatoire revalorisait le rôle des soignants, qui contribuaient notamment à la coordination de ces processus.

Il est à noter également que, tout comme dans le cas de l'ESPIC, les dispositifs d'accompagnement se sont renforcés mutuellement. Pour les acteurs du CHU, ces dispositifs ont néanmoins servi de support non seulement au monitorage mais aussi à la contractualisation, dans la mesure où l'ANAP et les mentors ont été décrits comme jouant un rôle d'intermédiaires dans le dialogue de gestion entre l'établissement et l'ARS lors des sessions collectives. À l'extrémité opposée du logigramme, une autre différence entre les deux établissements est observable : alors que dans l'ESPIC, la gestion des processus ne semble avoir eu des effets que sur les pratiques médicales et les attentes des patients, au CHU, elle paraît avoir également impacté les facteurs de structure, notamment par la création de salles de bloc opératoire dédiées à l'ambulatoire, ainsi que la coordination externe, à travers une gestion administrative du dossier patient intégrant un volet social afin d'anticiper, au besoin avec d'autres structures que le CHU, la sortie du patient.

[38] Nous avons signalé ce renforcement mutuel des dispositifs d'accompagnement dans la figure 4.6 par une flèche en demi-cercle.

Figure 4.7 : Schéma de fonctionnement de l'autorégulation au CHU

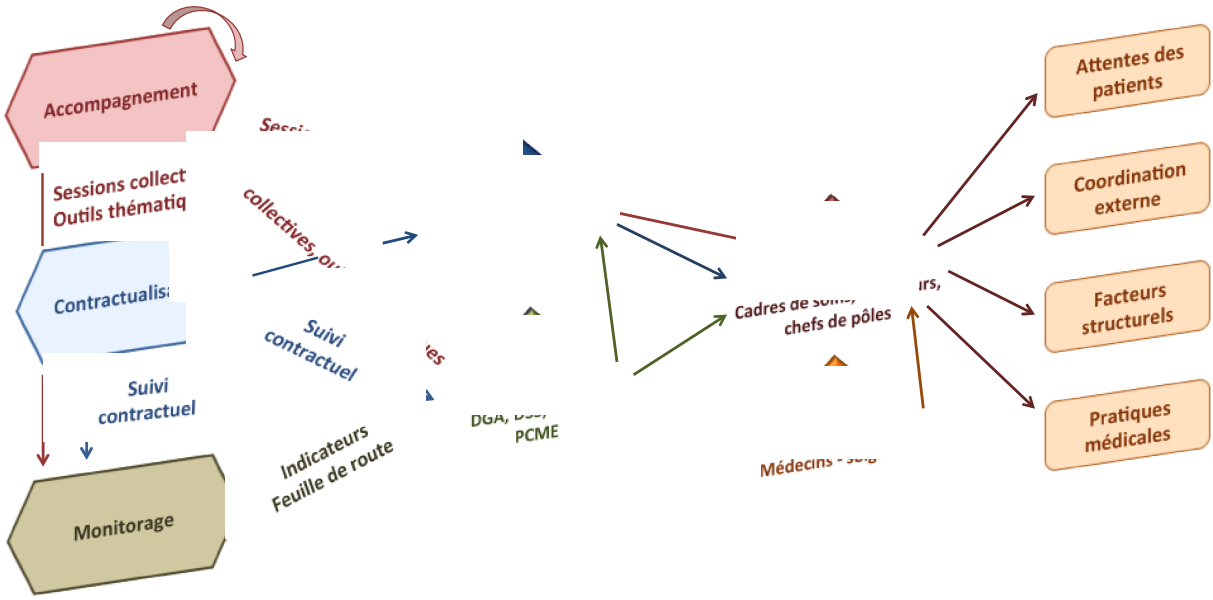


Le *logigramme de l'autorégulation du CH*, schématisé en figure 4.8 ci-après, montre un *fonctionnement hybride* entre celui de l'ESPIC et du CHU. D'une part, comme dans l'ESPIC, les dispositifs de régulation ont interagi avec la gestion de projet et la communication. Une formation sur le chaînage des séjours en HAD et un outil de calcul du potentiel de chirurgie ambulatoire ont ainsi aidé le CH à définir certains objectifs de son plan d'actions, tandis que les sessions collectives de mentorat, la feuille de route, les indicateurs remontés à l'ANAP et les réunions avec l'ARS sur l'exécution du CPOM ont rythmé le suivi de l'atteinte de ces objectifs. La MSAP a, dans ce cas aussi, été utile pour communiquer auprès de praticiens sur la nécessité d'adapter les processus opérationnels en chirurgie aux prises en charge ambulatoires. Néanmoins, il s'est agi dans ce cas d'une stratégie de communication endogène pour atteindre les objectifs du projet, la MSAP ayant été demandé par le CPO lui-même. Un lien peut par conséquent être établi entre la gestion de projet et cette communication. D'autre part, comme au CHU, les dispositifs d'accompagnement ont servi la gestion opérationnelle. Toutefois, cet accompagnement a été dans ce cas mobilisé surtout sur la thématique gestion des lits, avec une analyse et une comparaison entre établissements voisins des durées de séjours. Alors qu'au CHU les outils thématiques ont été associés à un accompagnement sur site, ils ont été portés par les sessions collectives au CH.

Par ailleurs, comme dans l'ESPIC, la création d'un nouveau poste d'infirmière de coordination de parcours a facilité la gestion d'un processus opérationnel, mais il s'est agi d'un parcours et d'un processus différents, puisque cette infirmière était en charge de coordonner le recours à l'HAD dans le cadre de la gestion des lits. Enfin, à l'instar du CHU, la gestion opérationnelle semble avoir touché l'ensemble des facteurs clés du virage ambulatoire : les attentes des patients à travers des consultations de pré-hospitalisation incluant un volet social, la coordination externe à travers l'anticipation systématique des sorties des patients dans les processus de prise en charge, les facteurs structurels à travers la recherche d'alternatives à l'hospitalisation dans l'établissement telles que la HAD, et les

pratiques médicales, notamment à travers les rappels effectués par les cadres sur les pratiques à modifier pour améliorer la gestion des lits – par exemple : commencer les visites par les patients sortants ou renseigner les dates prévisionnelles de sortie.

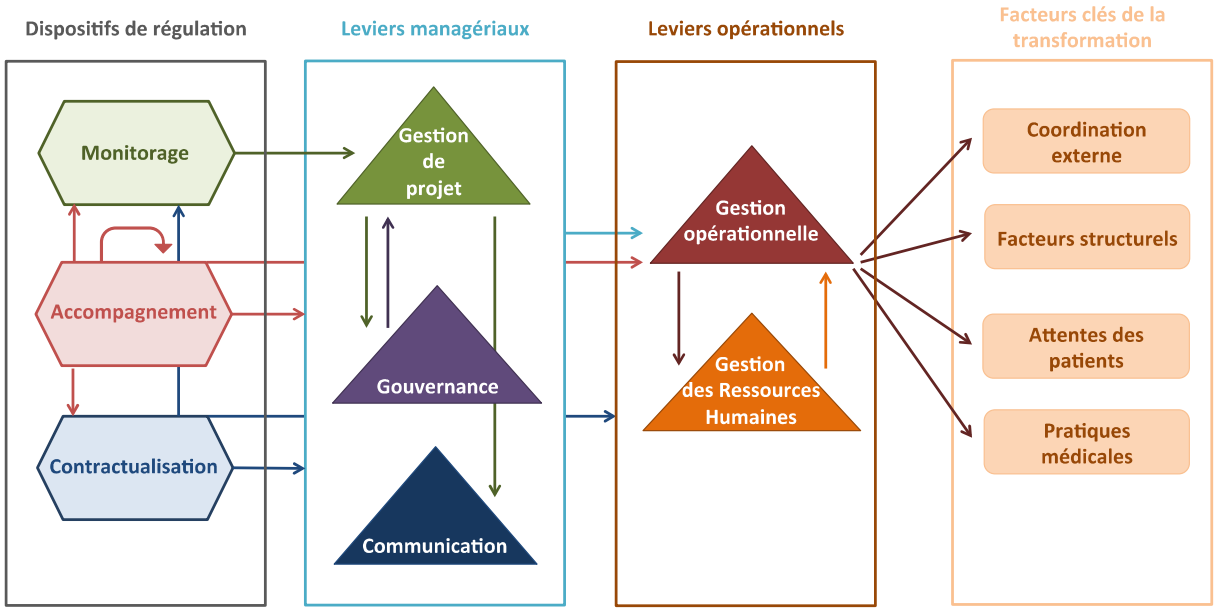
Figure 4.8 : Schéma de fonctionnement de l'autorégulation au CH



Dans l'ensemble des cas étudiés, un fonctionnement de l'autorégulation à *deux niveaux de leviers* s'est donc révélé. Un premier niveau a agi sur la gestion opérationnelle. Il s'est composé de leviers de nature managériale, c'est-à-dire de leviers qui étaient davantage aux mains des directions et des instances de décision des établissements : la communication, la gouvernance et la gestion de projet. Des interactions entre ces leviers de premier niveau ont été également visibles, puisque la gestion de projet et la gouvernance ont pu avoir un effet l'une sur l'autre, et que la gestion de projet a pu induire des actions de communication. Le second niveaux, formé par l'interaction entre la gestion des processus métiers et la gestion des ressources humaines, a recouvert les leviers opérationnels qui peuvent être actionnés avant tout par les responsables médicaux et soignants des unités de soins. Ces leviers opérationnels ont pu impacter, à travers la gestion des processus, les quatre facteurs clés du virage ambulatoire cités par les équipes projet rencontrées : les pratiques médicales, les attentes des patients, les facteurs liés à la structure, ainsi que la coordination externe. En fonction du cas, les dispositifs de régulation ont été utilisés dans le recours aux leviers managériaux et/ou opérationnels. Toutefois, alors que le monitorage n'a été employé que pour la gestion de projet, l'accompagnement et la contractualisation ont servi au global l'ensemble des leviers. En outre, les modalités d'accompagnement ont pu être le vecteur et le soutien des dispositifs de contractualisation ou de monitorage, tout en se renforçant entre elles, et les dispositifs de contractualisation ont pu venir en support des dispositifs de monitorage. Un fonctionnement général de l'autorégulation peut par conséquent être déduit de notre étude exploratoire du virage ambulatoire dans le cadre du Plan triennal, en considérant l'ensemble des interactions relevées dans nos trois cas. La figure 4.9 ci-après, qui traduit sous forme de logigramme notre

méta-matrice des interactions, constitue la représentation graphique de ce fonctionnement que nous venons de décrire.

Figure 4.9 : Schéma général de fonctionnement de l'autorégulation



Ainsi, dans cette section, nous avons présenté l'ensemble de nos réponses à notre deuxième question de recherche (QR2), relative au fonctionnement du régime de régulation instauré par le Plan triennal. Nous avons vu que, au niveau national, ce régime a opéré en suivant une boucle de rétroaction entre la ré-objectivation et la re-subjectivation des organisations régulées, et que cette boucle a été alimentée par l'enchevêtrement de procédures de véridiction et de mécanismes de pouvoir. Toutefois, l'imbrication de ces dispositifs de régulation a varié d'une région à l'autre, en fonction de leur appropriation par les régulateurs secondaires. Notre analyse des différentes modalités d'appropriation régionale des dispositifs du Plan a permis de distinguer quatre grands types de démarches de régulation secondaire : intégrative, partenariale, dissociative et autosuffisante. L'adoption de ces démarches semble avoir résulté des capacités de régulation présentes du côté des ARS et des CRAM comme du côté de l'ANAP. Lorsque ces capacités étaient complémentaires, des démarches intégratives ou partenariales ont été possibles, suivant que les régulateurs secondaires attribuaient ou non une place centrale à la contractualisation dans l'exercice de leur rôle de tutelle. Quand ces capacités paraissaient au contraire insuffisantes, les dispositifs de régulation nationaux et régionaux ont été davantage dissociés. Enfin, lorsque les régulateurs secondaires disposaient de l'ensemble des capacités nécessaires pour faire fonctionner les dispositifs du Plan sans l'aide de l'intermédiaire, ils ont opté pour des approches autosuffisantes. Dans ces derniers cas, les dispositifs régionaux et nationaux de régulation pouvaient donc se retrouver en compétition.

Cette variété des appropriations régionales des dispositifs de régulation du Plan régional mais en lumière un effet de capacitation des régulateurs secondaires par l'intermédiaire, qui a

apporté à certains d'entre eux un savoir-faire méthodologique ainsi qu'une expertise thématique. Néanmoins, cette capacitation a été contingente, dans la mesure où elle a dépendu de la complémentarité des capacités des régulateurs secondaires et de l'intermédiaire. Cet effet de capacitation contingente fournit un élément supplémentaire de réponse à notre question de recherche relative aux implications des formes souples et intermédiées de régulation pour les organismes de régulation (QR3B). En outre, les établissements d'une même région ont pu eux aussi diversement s'approprier la démarche de régulation choisie par leurs régulateurs secondaires. En effet, notre étude exploratoire de cas illustre que deux établissements soumis au même type de démarche régionale de régulation peuvent faire un usage différent des dispositifs de régulation, car la stratégie des porteurs des transformations dans ces organisations n'est pas nécessairement identique.

Le fonctionnement de l'autorégulation que nous avons pu modéliser sur la base de ces trois cas révèle notamment deux niveaux de leviers auxquels peuvent être ou non mobilisés les dispositifs de régulation : 1. le niveau des leviers managériaux que constituent la communication, la gouvernance et la gestion de projet, et qui sont davantage aux mains des directions et des instances de décision des établissements ; et 2. le niveau des leviers opérationnels, composé de la gestion des processus métiers et des ressources humaines médicales et soignantes, qui est maîtrisé surtout par les responsables médicaux et les cadres d'unités de soins. Les équipes projet des établissements observés ont employé les dispositifs de régulation à l'un et/ou l'autre de ces niveaux, dépendamment de la focale plutôt managériale, opérationnelle ou mixte de leur stratégie de conduite de la transformation ambulatoire. Quelle qu'ait été l'orientation de cette stratégie, les leviers managériaux n'ont cependant toujours eu un effet sur les facteurs clés du virage ambulatoire que par le truchement de la gestion des processus opérationnels. Les facteurs qui ressortent dans les trois cas sont : les pratiques médicales, les attentes des patients, la structure interne des établissements et leur coordination avec des structures externes. Bien que la gestion des processus opérationnels n'ait pas touché tous ces facteurs dans un des trois établissements, ce nombre de cas est trop limité pour savoir quelles modalités de gestion des processus opérationnels et des ressources humaines ont pu favoriser le virage ambulatoire. De la même manière, une extension du nombre de cas est nécessaire pour connaître quelles combinaisons de recours aux leviers managériaux ainsi qu'aux dispositifs de régulation ont permis de mettre en place ces modalités. Alors seulement pourrons-nous rendre compte des effets que les établissements régulés ont pu avoir sur eux-mêmes par ce gouvernement de soi.

Conclusion du quatrième chapitre

Dans ce chapitre, nous avons présenté le régime de gouvernementalité sanitaire qui s'est instauré en France durant le Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé. Cette analyse nous a permis de rendre compte de la transformation de la régulation sanitaire qui a eu lieu durant cette période (QR1). Nous avons vu notamment que ce régime s'est caractérisé par une technologie sécuritaire visant à prévenir un risque systémique de déséquilibre financier des établissements publics et des ESPIC à l'aide de dispositifs de régulation visant la transformation des organisations hospitalières. Ces dispositifs de régulation constituaient des

dispositifs de gouvernement, au sens foucaldien du terme, en ce qu'ils étaient destinés à conduire la conduite des organisations régulées. Ils reposaient sur une ré-objectivation de ces organisations, synthétisée dans la notion de virage ambulatoire, en tant qu'offreurs ponctuels de soins dans des parcours de patients qu'elles n'avaient plus vocation à héberger systématiquement ni à prendre en charge intégralement. Toutefois, cette ré-objectivation a évolué au cours du Plan triennal à mesure que les organisations régulées manifestaient une vérité sur elles-mêmes et donc sur le virage ambulatoire, à travers trois types de procédures alèthurgiques : 1. la quantification du réel ; 2. l'autodiagnostic ; ainsi que 3. l'expérience des autres et de soi. L'expérience de soi des régulés s'est imposée comme méta-critère de vérité du régime, c'est-à-dire comme le critère déterminant la validité des autres procédures de véridiction à l'œuvre. En conséquence, les mécanismes de pouvoir pastoraux, spécifiquement orientés vers l'accompagnement de la re-subjectivation des régulés, ont asservi les mécanismes juridico-administratifs et disciplinaires également employés dans le Plan, qui ont pris respectivement la forme d'une contractualisation réactive et d'une normation méthodologique.

En outre, nous avons décrit le fonctionnement de ce régime de gouvernementalité aux trois niveaux de régulation auxquels il s'est décliné : macro – national – mezzo – régional – et micro – au sein des établissements de santé régulés (QR2). D'un point de vue macro, les mécanismes de pouvoir ont fourni l'ossature du régime, sur laquelle se sont adossées les procédures de véridiction liant de manière rétroactive la re-subjectivation des organisations régulées à leur ré-objectivation. Au niveau mezzo, les régulateurs secondaires se sont diversement appropriés cette ossature, selon quatre types de démarches : 1. une démarche intégrant dans la contractualisation les dispositifs de gouvernement nationaux et régionaux ensemble et entre eux ; 2. une démarche partenariale privilégiant l'adaptation régionale des dispositifs dans le dialogue avec l'intermédiaire et les régulés ; 2. une démarche dissociant entre eux et selon leur niveau les dispositifs régionaux et nationaux de contractualisation, de normation méthodologique et d'accompagnement ; et 4. une démarche autosuffisante par laquelle les régulateurs secondaires ont pris en main l'ensemble des dispositifs de régulation sans l'appui de l'intermédiaire. Nos données relatives au niveau secondaire de régulation suggèrent que l'adoption de l'une ou l'autre de ces démarches a résulté des capacités de régulation en présence tant du côté des régulateurs secondaires que de l'intermédiaire, ainsi que de la préférence des régulateurs secondaires pour la contractualisation ou le dialogue partenarial avec les établissements. Notre étude exploratoire de trois cas d'établissements régulés montre néanmoins que le choix de l'une ou l'autre des démarches n'a pas prédéterminé l'usage que ces organisations ont fait des dispositifs de régulation au niveau micro. Cet usage a dépendu des stratégies de conduite de la transformation ambulatoire déployées par les équipes projet au sein de ces établissements. Deux niveaux de leviers ont notamment été mobilisés dans ces stratégies : 1. des leviers managériaux, accessibles aux directeurs et aux instances de décisions des établissements, que sont la communication vis-à-vis des patients et des professionnels de l'établissement, la gouvernance et la conduite de projet ; et 2. des leviers opérationnels, actionnables par les responsables médicaux et soignants des unités de soins gérant les processus métiers et l'emploi des ressources humaines. Bien que les dispositifs de régulation aient pu être sollicités à ces deux niveaux, les leviers managériaux n'ont impacté les facteurs clés de la transformation ambulatoire, d'après les équipes projet que nous avons rencontrées, qu'en touchant aux processus opérationnels.

Enfin, il ressort de notre analyse du régime de gouvernementalité du Plan triennal trois effets de l'intermédiation, qui fournissent des premiers éléments de réponse à notre question de recherche relative aux implications des formes souples et intermédiées de régulation pour les organisations régulées et régulatrices (QR3). Le premier de ces effets a été une contribution à l'apprentissage rétroactif des régulateurs primaires sur le régulé. Comme nous l'avons vu, cette contribution de l'intermédiaire n'a pas consisté à produire des connaissances objectives sur les organisations régulées mais à favoriser l'expression par les professionnels travaillant dans ces organisations d'une vérité sur le sujet collectif qu'ils formaient. L'apprentissage auquel a participé l'intermédiaire n'était donc pas de nature épistémologique mais alèthurgique. Deuxièmement, l'intermédiation a aussi joué entre les différentes procédures de véridiction employées au cours du Plan triennal. Cette fonction de conjonction des procédures de véridiction a conféré à l'ANAP une légitimité du point de vue du régulateur primaire et de professionnels reconnaissant leur expérience dans la vérité ainsi produite. Troisièmement, l'intermédiation a eu un effet de capacitation contingente auprès des régulateurs secondaires, lorsque l'ANAP a renforcé les savoir-faire méthodologiques et/ou les expertises thématiques des personnels déjà présents chez ces régulateurs secondaires. Toutefois, l'existence de ces trois effets de l'intermédiation ne signifie pas qu'ils ont eu les conséquences souhaitées par les régulateurs primaires sur la transformation et l'équilibre économique des organisations régulées. Il découle de notre étude exploratoire de cas que les effets des dispositifs de régulation du Plan triennal en matière de transformation ambulatoire des établissements de santé ne peuvent être compris qu'en identifiant, d'une part, les stratégies managériales de conduite du changement qui ont permis un gouvernement de soi efficace des organisations régulées, et, d'autre part, les conditions opérationnelles favorables à cette transformation. De plus, il convient de prime abord de mesurer ces effets de transformation avant de pouvoir les expliquer.

Chapitre 5 : Les effets des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal

Comme nous l'avons vu au deuxième chapitre, les dispositifs de régulation souple déployés par l'ANAP se sont structurés autour d'une modalité centrale : celle du mentorat. Les établissements ayant participé au programme de mentorat sont en effet ceux qui ont eu le plus recours aux autres modalités d'accompagnement ainsi qu'aux dispositifs de monitorage de l'ANAP. C'est pourquoi nous avons considéré ce groupe d'établissements comme un groupe de « traitement » pour notre évaluation des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée créés par le Plan triennal. Dans la première section du présent chapitre, nous essayons de quantifier ces effets sur les variables d'adoption du cadre d'organisation que représente le virage ambulatoire, en chirurgie et en médecine. Dans la mesure où cette adoption était le résultat recherché sur l'axe « virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement » du Plan triennal, cette première étape revient à mesurer l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour cet axe du Plan. Dans la seconde section, nous tentons de comprendre les effets observés en première section, à l'aide d'une analyse configurationnelle comparative réalisée sur un échantillon d'établissements du groupe de « traitement ». Pour des raisons que nous allons exposer en fin de première section, nous avons limité cette seconde étape à l'explication de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en chirurgie. Enfin, en troisième et dernière section, nous interrogeons l'utilité du virage ambulatoire qui a été porté par ces dispositifs de régulation. Nous nous intéressons en premier lieu à l'utilité principalement recherchée par le régulateur, c'est-à-dire le maintien de l'équilibre financier des établissements de santé publics et des ESPIC, puis nous examinons les autres types d'utilité potentielle du virage ambulatoire hospitalier, tel qu'il a été expérimenté dans le cadre du Plan triennal : pour les professionnels travaillant dans les établissements de santé et pour leurs patients.

Section 1 : Mesure de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal

Le résultat que le régulateur primaire du Plan triennal attendait des dispositifs de régulation souple intermédiée était une progression des établissements de santé publics et des ESPIC dans le virage ambulatoire en chirurgie et en médecine. Toutefois, nous avons noté au deuxième chapitre que, si l'hospitalisation ambulatoire constituait bien dès le commencement du Plan triennal un cadre d'organisation global alternatif au cadre conventionnel en chirurgie, elle concernait surtout les unités de jour en médecine. Cette différence justifiait d'analyser séparément les effets des dispositifs de régulations dans chacun des deux secteurs.

Ainsi que nous l'avons vu au troisième chapitre, le TA, la DMS et le TU constituaient les *variables de résultats* du virage ambulatoire en chirurgie. Nos requêtes sur la base PMSI fournissaient les TA pour 661 établissements publics et ESPIC sur la période 2012-2016, ainsi que les DMS pour 654 établissements de ces catégories. Le requêteur Hospi Diag permettait par ailleurs d'obtenir les TU en chirurgie complète pour 412 établissements de ce périmètre. En croisant ces sources, nous avons pu constituer une base de données contenant les valeurs de ces trois indicateurs fin 2012, 2014 et 2016, pour 376 établissements. Sur ces 376 établissements, 175 avaient participé au programme de mentorat de l'ANAP de 2014 à 2016. Nous disposions donc de données sur les variables de résultats du virage ambulatoire chirurgical pour 89 % des membres du groupe de traitement. Nous avons exclu de cette base initiale de 376 organisations trois établissements présentant des TU supérieurs à 200 %, que nous avons considérés comme des valeurs aberrantes. Deux de ces trois établissements appartenait au groupe de traitement. En outre, le calcul des distances de Mahalanobis au carré nous a amené à exclure trois autres établissements présentant des valeurs extrêmes : un dans le groupe de traitement et deux dans le reste de la population.

À l'issue de ce premier travail d'extraction des données, et après exclusion des valeurs aberrantes et extrêmes, nous pouvions donc observer une population de 370 établissements, dont 172 appartenait au groupe de traitement. Le tableau 5.1 ci-contre présente *les valeurs initiales*[39]des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie dans ce groupe et dans le reste de cette population. Les distributions de ces valeurs ne satisfaisant pas les conditions de normalité et d'homoscédasticité, nous avons apprécié la significativité des différences entre le groupe de traitement et le reste de la population observable à l'aide de tests unilatéraux de Wilcoxon à deux échantillons. La probabilité associée à la statistique Z calculée pour chacun des tests est indiquée en tableau 5.1 en dessous des valeurs médianes. Bien que les DMS moyenne et médiane du groupe traitement fussent légèrement plus élevées que celle du reste de la population en 2014, avec un écart moyen de 0,11 jour et un écart médian de 0,23 jour, le test des rangs pour cet indicateur ne révélait pas différence significative entre ces deux sous-populations. De la même manière, quoique les TA initiaux moyen et médian du groupe de traitement fussent inférieurs de 0,91 et d'1 point à ceux des autres établissements, l'écart entre les rangs occupés par les valeurs du premier et du second ensemble d'observations n'était pas statistiquement significatif. En revanche, les niveaux de TU étaient nettement supérieurs dans le groupe de traitement par rapport au reste de la population en 2014, puisqu'ils se situaient dans ce groupe aux alentours de 87 % en moyenne comme en médiane, alors qu'ils n'étaient que de 81 % en moyenne et de 83 % en médiane dans le reste de la population. Le test des rangs signés de Wilcoxon indiquait que la probabilité que le niveau de TU soit comparable dans le groupe de traitement et dans le reste de la population était inférieure à 1 %. Nous avons donc conclu à l'existence d'un biais de sélection du groupe de traitement sur la variable d'utilisation des capacités d'hospitalisation complète en chirurgie.

[39] Les valeurs initiales sont les valeurs à la veille du commencement du Plan triennal, soit au 31 décembre 2014.

Tableau 5.1 : Valeurs initiales des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie dans le groupe de traitement et dans le reste de la population observable

Moyennes 2014	**DMS**	**TA**	**TU**	**N**
Groupe de traitement	6,39	37,58 %	87,64 %	172
Reste de la population	6,28	38,48 %	80,92 %	198
Écart	*0,11*	*-0,91*	*6,72*	
Médianes 2014	**DMS**	**TA**	**TU**	**N**
Groupe de traitement	6,31	36,81 %	87,45 %	172
Reste de la population	6,07	37,81 %	82,9 %	198
Écart	*0,23*	*-1*	*4,55*	
Z	n.s.	n.s.	**	

n.s. : différence non significative

** p < 0.05* *** p < 0.01* **** p < 0.001*

La constatation de ce biais de sélection nous a amené à procéder à un *appariement*, afin de constituer un groupe de contrôle de même taille et de mêmes caractéristiques observables initiales que le groupe de traitement. Le tableau 5.2 ci-après montre les valeurs, de fin 2012 à fin 2014, des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle identifié par la méthode des scores de propension. Il s'agit donc des valeurs ex ante des variables de résultats, c'est-à-dire des valeurs de ces variables durant la période précédant la durée observable d'exposition aux dispositifs de régulation. Ces valeurs suggèrent que l'appariement a réussi, car les deux groupes ne présentaient pas de différences significatives sur les variables de traitement en 2014. Les DMS moyennes des deux groupes approchaient 6,4 jours, et les DMS médianes 6,3 jours. Les TA moyens et médians avoisinaient 37 %. L'écart sur le TU moyen n'était quant à lui plus que de 2 points, et celui sur le TU médian de 1,5 point. Les distributions des valeurs de ces variables dans les deux groupes en 2014 ne satisfaisant toujours pas les conditions de normalité et d'homoscédasticité, nous avons continué à estimer la probabilité que ces distributions fussent comparables à l'aide de tests unilatéraux de Wilcoxon à deux échantillons. Les probabilités renvoyées par ces tests, que nous avons reportées dans le tableau 5.2 sous les valeurs médianes des variables en 2014, étaient toutes supérieures à 5 %.

En outre, les valeurs 2012 permettent de vérifier l'existence d'une *tendance commune entre les deux groupes* sur les deux années précédant le Plan triennal. Les évolutions 2012-2014 des variables n'ont en effet pas été significativement différentes dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle. Pour ces évolutions également, les tests unilatéraux de Wilcoxon à deux échantillons indiquent des probabilités de similitude supérieures à 5 %. Toutefois, il est intéressant de noter que, pour chacun des groupes pris isolément, ces évolutions antérieures au Plan triennal avaient toutes été significatives, à l'exception de celle de la DMS dans le groupe de contrôle. En effet, alors que les DMS moyennes et médianes du groupe de traitement avaient diminué d'environ un dixième de journée entre 2012 et 2014, dans le même temps la DMS moyenne du groupe de contrôle avait très légèrement baissé, de moins d'un vingtième de journée, tandis que sa DMS médiane avait augmenté dans une

proportion semblable. Au global, la DMS du groupe de contrôle avait par conséquent très peu évolué sur cette période, si bien qu'aucune différence significative n'était observable entre les valeurs de cet indicateur en 2012 et en 2014 dans ce groupe.

Tableau 5.2 : Valeurs ex ante des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle

Moyennes (N = 172 dans chaque groupe)						**Médianes (N = 172 dans chaque groupe)**			
DMS	**2012**	**2014**	***Évolution***	t		**2012**	**2014**	***Évolution***	S
Groupe de traitement	6,484	6,39	*-0,095*			6,42	6,309	*-0,111*	**
Groupe de contrôle	6,478	6,431	*-0,048*	n.s.		6,228	6,287	*0,059*	
Écart	*0,006*	*-0,041*	*-0,047*		*Écart*	*0,192*	*0,022*	*-0,17*	
t					Z	n.s.	n.s.	n.s.	
TA	**2012**	**2014**	***Évolution***	t		**2012**	**2014**	***Évolution***	S
Groupe de traitement	33,654 %	37,576 %	*3,922*			33,299 %	36,81 %	*3,511*	***
Groupe de contrôle	33,402 %	37,889 %	*4,486*			32,416 %	37,346 %	*4,93*	***
Écart	*0,251*	*-0,313*	*-0,564*		*Écart*	*0,883*	*-0,536*	*-1,419*	
t					Z	n.s.	n.s.	n.s.	
TU	**2012**	**2014**	***Évolution***	t		**2012**	**2014**	***Évolution***	S
Groupe de traitement	82,636 %	87,64 %	*5,003*			84,8 %	87,45 %	*2,65*	***
Groupe de contrôle	80,727 %	85,635 %	*4,908*			82,2 %	85,95 %	*3,75*	***
Écart	*1,909*	*2,004*	*0,095*		*Écart*	*2,6*	*1,5*	*-1,1*	
t	n.s.				Z		n.s.	n.s.	

Statistiques	*Tests correspondants*	*n.s. : différence non significative*
t	*Student*	** p < 0.05*
Z	*Wilcoxon à deux échantillons indépendants*	*** p < 0.01*
S	*Rangs signés*	**** p < 0.001*

Note : lorsque les conditions d'applicabilité étaient réunies, nous avons procédé à des tests de Student ; les probabilités associées à ces tests apparaissent alors en bas et à droite des écarts et des évolutions de moyennes. Lorsque ces conditions n'étaient pas vérifiées, nous avons utilisé des tests non paramétriques ; dans ces cas, les probabilités associées à ces tests apparaissent en bas et à droite des écarts et des évolutions de médianes.

Les différences dans le temps par établissement étant distribuées normalement, nous avons utilisé un test de Student à mesures répétées pour comparer la DMS moyenne du groupe de contrôle en 2014 à sa valeur deux ans auparavant. Étant donné que la DMS médiane signalait une évolution opposée à celle de la moyenne, nous avons tout de même eu recours à un test des rangs signés pour ce groupe et cet indicateur. Les tests des rangs et des moyennes ont donné des résultats concordants sur l'absence de progression significative, dans un sens ou dans l'autre. En revanche, bien qu'elle fût elle aussi assez faible, la diminution de la DMS

dans le groupe de traitement avait été suffisante pour créer une différence significative entre les valeurs de ce groupe en 2012 et en 2014. Les différences dans le temps par établissement n'étant pas distribuées normalement pour ce groupe et cet indicateur, nous nous sommes limités à l'emploi du test des rangs signés pour estimer la probabilité de nous tromper en considérant cette baisse comme significative. Cette probabilité étant inférieure à 1 %, nous avons jugé l'évolution des DMS, quoique faible, statistiquement significative pour le groupe de traitement lui-même. Néanmoins, cette réduction de la DMS du groupe de traitement n'avait pas créé de rupture de la tendance commune avec le groupe de contrôle, puisque l'écart entre les deux groupes dans l'évolution de leur DMS – de 0,5 jour en moyenne et de 0,17 jour en médiane –demeurait non significatif.

Les TA et TU étaient quant à eux significativement plus élevés en 2014 qu'en 2012, et ce dans les deux groupes. En matière de TA, la moyenne du groupe de traitement avait progressé de près de quatre points et sa médiane de 3,5 points, pendant que la moyenne du groupe de contrôle gagnait près de 4,5 points et sa médiane quasiment 5 points. Les tests des rangs signés appliqués aux deux groupes, en raison du non respect de la condition de normalité des différences dans le temps observées par établissement, concluaient que le risque d'erreur associé à l'affirmation de la significativité de ces progressions était inférieur à 0,1 %. Les TA des deux groupes ayant progressé dans des proportions similaires, il n'existait pas d'écart significatif entre ces deux évolutions. Des conclusions identiques peuvent être tirées de l'évolution des TU, qui ont augmenté d'environ cinq points en moyenne dans les deux groupes, tandis que leurs valeurs médianes montaient de 2,6 points dans le groupe de traitement et de 3,75 points dans le groupe de contrôle. De la même manière que pour le TA, le risque d'erreur associé à l'affirmation de la significativité de ces développements était inférieur à 0,1 %. Là encore également, ces variations avaient été suffisamment semblables entre les deux groupes pour ne pas induire de rupture de leur tendance commune d'évolution. Dans l'ensemble, il ressort donc de notre analyse des valeurs ex ante que le groupe de traitement et le groupe de contrôle se trouvaient à des niveaux comparables sur les indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie avant le lancement du Plan triennal, et qu'ils avait pareillement avancé dans ce virage durant les deux années précédant ce commencement. Cette durée de deux ans avait suffit pour que les TA et les TU s'accroissent significativement dans les deux groupes. La diminution des DMS pendant cette période était en revanche moins marquée. Elle était même trop faible pour être significative dans le groupe de contrôle.

Le tableau 5.3 ci-après résume les évolutions intervenues dans le groupe de traitement et de contrôle au cours des deux premières années du Plan triennal, et indique la différence entre cette évolution ex post et celle ex ante exposée dans le tableau 5.2. Les deux groupes ont connu *une réduction semblable de leur DMS* moyenne, de 0,17 et de 0,14 jour, et médiane, de 0,25 et de 0,16 jour, entre 2014 et 2016. Ces évolutions étant distribuées normalement dans chacun des groupes, nous avons testé leurs significativité en utilisant des tests de Student à valeurs répétées. Les résultats de ces tests indiquaient que la probabilité de se tromper en admettant ces évolutions de moyennes comme significatives était inférieure à 0,1 %. La distribution des évolutions ex post étant également homoscédastique entre les deux groupes, nous avons pu les comparer grâce à un test de Student à deux échantillons. Celui-ci n'a pas révélé de différence significative entre l'évolution moyenne des groupes sur la période 2014-2016. La différence entre cette évolution moyenne ex post et l'évolution ex ante de la DMS était de 0,08 jour pour le groupe de traitement et de 0,09 jour pour le groupe de contrôle. Les

différences d'évolution par établissement se distribuant normalement, nous avons pu vérifier la non-significativité de ces différences moyennes grâce à des tests de Student à mesures répétées. Enfin, la probabilité que ces différences soient homoscédastiques étant acceptable pour des échantillons de même taille – c'est-à-dire supérieure à 0,1 % – nous avons procédé à un test de Student à deux échantillons pour les comparer. Ce test a renvoyé à une probabilité très élevée – plus de 87 % – que l'écart de 0,01 jour dans la différence d'évolution entre les deux groupes soit non significatif. Les deux groupes ont ainsi vu leur DMS moyenne se réduire de manière significative durant les deux premières années du Plan triennal, et cette réduction peut être considérée avec un très faible risque d'erreur comme le prolongement d'une tendance commune préexistant au Plan.

Tableau 5.3 : Valeurs ex post des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle

Moyennes (N = 172 dans chaque groupe)						**Médianes (N = 172 dans chaque groupe)**					
DMS	**2016**	***Évol.***	**t**	***Diff.***	**t**		**2016**	***Évol.***	**S**	***Diff.***	**S**
Groupe de traitement	6,213	*-0,177*	***	*-0,082*	n.s.		6,062	*-0,246*		*-0,135*	
Groupe de contrôle	6,290	*-0,141*	***	*-0,093*	n.s.		6,126	*-0,161*		*-0,219*	
Écart	*-0,077*	*-0,036*		***0,011***		*Écart*	*-0,064*	*-0,086*		***0,084***	
t		n.s.		**n.s**		Z	n.s.				
TA	**2016**	***Évol.***	**t**	***Diff.***	**t**		**2016**	***Évol.***	**S**	***Diff.***	**S**
Groupe de traitement	42,383 %	*4,808*		*0,886*	*		41,16 %	*4,351*	***	*0,84*	
Groupe de contrôle	42,415 %	*4,527*		*0,04*			42,206 %	*4,86*	***	*-0,069*	n.s.
Écart	*-0,032*	*0,281*		***0,846***		*Écart*	*-1,046*	*-0,51*		***0,909***	
t						Z	n.s.	n.s.		*****	
TU	**2016**	***Évol.***	**t**	***Diff.***	**t**		**2016**	***Évol.***	**S**	***Diff.***	**S**
Groupe de traitement	88,697 %	*1,058*		*-3,946*			88,75 %	*1,3*	n.s.	*-1,35*	*
Groupe de contrôle	88,212 %	*2,576*		*-2,332*			89,55 %	*3,6*	n.s.	*-0,15*	n.s.
Écart	*0,485*	*-1,519*		***-1,614***		*Écart*	*-0,8*	*-2,3*		***-1,2***	
t	n.s.					Z		n.s.		**n.s.**	

Statistiques	*Tests correspondants*	*n.s. : différence non significative*
t	*Student*	** p < 0.05*
Z	*Wilcoxon à deux échantillons indépendants*	*** p < 0.01*
S	*Rangs signés*	**** p < 0.001*

Abréviations : Évol. : évolution 2014-2016 ; Diff. : différence entre les évolutions ex post et ex ante.

L'évolution ex post du *TA* montre en revanche *une accélération de la progression de cet indicateur, qui n'est observable que dans le groupe de traitement*. En effet, le groupe de contrôle a reproduit entre 2014 et 2016 la même augmentation de son TA moyen – de 4,5 points – et médian – de 4,9 points – qu'entre 2012 et 2014. Au contraire, la moyenne du TA du groupe de traitement s'est accrue de 0,9 point supplémentaires et sa médiane de 0,8 point de plus durant les deux premières années du Plan triennal par rapport aux deux années précédentes. En conséquence, alors que la différence d'évolution entre les deux périodes n'est pas significative pour le groupe de contrôle, elle l'est pour le groupe de traitement. Puisque les différences par établissement se distribuaient normalement dans le groupe de traitement mais pas dans le groupe de contrôle, nous avons reporté dans le tableau 5.3 la probabilité associée au test de Student à mesures répétées pour le premier groupe et celle associée au test des rangs signés pour le second. Néanmoins, les tests paramétriques et non paramétriques donnaient des résultats concordants pour chacun des groupes. Cette accélération du rythme d'accroissement du TA dans le groupe de contrôle n'a toutefois pas été assez forte pour entraîner une rupture de la tendance commune d'évolution entre les deux groupes. À l'inverse, cette accélération a davantage rapproché les deux groupes en réduisant leur écart d'évolution sur deux ans : celui-ci était d'un demi-point en moyenne et de 1,4 point en médiane entre 2012 et 2014, et n'est plus que de 0,3 point en moyenne et de 0,5 point en médiane entre 2014 et 2016. Tout en rapprochant l'évolution du groupe de traitement de celle du groupe de contrôle, l'accélération du rythme de progression du TA propre au groupe de traitement a induit un écart entre les deux groupes dans leurs différences d'évolution entre les deux périodes. Comme indiqué dans le tableau 5.3, cet écart a été de 0,8 point en moyenne et de 0,9 point en médiane. Les différences d'évolution entre les périodes ne se distribuant pas normalement dans le groupe de contrôle, nous avons préféré estimer la significativité de cet écart à l'aide d'un test unilatéral de Wilcoxon à deux échantillons. Ce test a renvoyé une probabilité inférieure à 5 % de se tromper en concluant que l'écart entre les différences d'évolution des deux groupes était significatif. L'accélération du rythme d'accroissement du TA dans le groupe de traitement peut donc être considéré, avec un faible risque d'erreur, comme un effet de l'inclusion de ces établissements dans le programme de mentorat de l'ANAP.

L'augmentation des TU a quant à elle ralenti pour les deux groupes au cours des deux premières années du Plan triennal, par rapport à celle des deux années antérieures. Ce ralentissement a été plus marqué pour le groupe de traitement, dont le TU moyen n'a progressé que d'un point entre 2014 et 2016 alors qu'il s'était accru de 5 points dans la période précédente. Pareillement, l'élévation du TU médian de ce groupe a été deux fois plus faible ex post qu'ex ante. Cette évolution plus faible dans le groupe de traitement n'a pas été statistiquement significative, d'après les résultats du test de rangs signés, alors que celle des années 2012 à 2014 l'avait été. En conséquence, la différence négative d'évolution entre les deux périodes s'est révélée significative, avec un risque d'erreur de moins de 5 %, pour le groupe de traitement. Le groupe de contrôle a connu pour sa part un fléchissement moins prononcé de la croissance de son TU, qui a diminué de 2,3 points en moyenne et s'est presque maintenue en médiane. Tout comme dans le groupe de traitement néanmoins, l'évolution ex post n'a pas été suffisamment importante pour être statistiquement significative en test des rangs signés, alors que l'évolution ex ante l'avait été. La contraction de cette évolution ayant toutefois été plus limitée que dans le groupe de traitement, elle n'a pas induit de différence

significative entre l'évolution des deux périodes dans le groupe de contrôle. Enfin, l'écart dans le ralentissement des deux groupes n'a pas non plus été assez fort pour devenir statistiquement significatif selon les résultats du test unilatéral de Wilcoxon entre ces échantillons. Sur le TU également, une tendance commune s'est maintenue entre les deux groupes, en dépit du ralentissement légèrement plus conséquent de la croissance de cet indicateur dans le groupe de traitement. Cette tendance s'est caractérisée par une baisse partagée du rythme de progression des TU durant les deux premières années du Plan triennal.

Au global, l'application de la méthode des différences de différences pour mesurer l'effet des dispositifs de régulation souple intermédiée sur le virage ambulatoire en chirurgie a mis en évidence un biais initial de sélection des établissements ayant participé au programme de mentorat de l'ANAP, puisque ceux-ci présentaient fin 2014 un taux d'utilisation de leurs lits de chirurgie significativement plus élevé que celui du reste de la population observable. La comparaison de l'évolution des indicateurs du virage ambulatoire deux ans avant et deux ans après le lancement du Plan triennal, dans les établissements inclus dans le programme de mentorat et dans un groupe de même taille et de mêmes caractéristiques observables initiales, fait état d'une continuation de la tendance commune entre les groupes à la diminution de la DMS. En revanche, le groupe des établissements participant au mentorat a connu durant les deux premières années du Plan une accélération du rythme de progression de son TA – de 0,85 point en moyenne et de 0,9 point en médiane – qui n'a pas eu lieu dans les établissements de l'autre groupe. La croissance des TU s'est quant à elle ralentie durant cette période dans les deux groupes, d'une manière légèrement plus prononcée dans le groupe de mentorat mais selon une tendance commune n'indiquant pas d'écart statistiquement significatif entre les groupes. *L'effet estimé à deux ans de l'inclusion dans le groupe de mentorat est donc une élévation de l'ordre de 0,9 point du taux de chirurgie ambulatoire*. Il doit être rappelé également que l'accompagnement de l'ANAP n'a débuté auprès des établissements du programme de mentorat qu'en septembre 2015, et que les feuilles de route n'ont commencé à être mises en œuvre dans ces établissements qu'à compter de janvier 2016. L'effet que nous avons quantifié n'est par conséquent le produit que d'une année de plein fonctionnement des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal. En outre, il convient de noter que les évolutions des indicateurs sont cohérentes entre elles, dans la mesure où une accélération du rythme de progression de la chirurgie ambulatoire dans un groupe d'établissements, alors que sa DMS continue à diminuer selon le même pas, pousse mécaniquement le TU des lits de chirurgie complète à la baisse. Le maintien d'un accroissement du TU dans ce contexte nécessite soit une augmentation du niveau global d'activité en chirurgie, soit une réduction du nombre de lits de chirurgie complète. Il est ainsi logique que l'infléchissement de la progression du TU chirurgical ait été légèrement plus marqué dans les établissements du groupe de mentorat, qui ont vu leur développement de la chirurgie ambulatoire gagner en vitesse durant les deux premières années du Plan, tandis que leur DMS continuait de baisser comme par le passé. Voyons maintenant quel a pu être l'effet de l'inclusion dans ce groupe de mentorat sur le virage ambulatoire en médecine.

Les variables de résultat du virage ambulatoire en médecine étaient constituées par *la même série d'indicateurs qu'en chirurgie* : le TA, la DMS et le TU. La population observable en médecine était plus nombreuse qu'en chirurgie, puisque la base PMSI fournissait les TA pour 929 établissements publics et ESPIC ainsi que les DMS pour 924 de ces établissements sur la période 2012-2016. Les données Hospi Diag rendaient par ailleurs accessibles les TU de 813 établissements sur le périmètre temporel et statutaire de notre étude. Après fusion de ces bases, 209 établissements présentaient au moins une donnée manquante sur l'un des trois indicateurs en 2012, 2014 et/ou 2016. Parmi les 720 établissements restants, 181 avaient participé au programme de mentorat de l'ANAP en 2015 et 2016, ce qui représentait 92 % du groupe de traitement. Nous avons exclu du reste de la population observable sept établissements présentant des valeurs aberrantes : soit des DMS proches de 40 jours, soit des TU avoisinant les 200 %. Les distances de Mahalanobis au carré nous ont en outre amenés à exclure 14 établissements supplémentaires du reste de la population, en raison de valeurs extrêmes sur certains de leurs indicateurs. Nous avons donc de cette manière pu obtenir et comparer les valeurs initiales des indicateurs du virage ambulatoire en médecine pour 181 établissements ayant participé au programme de mentorat de l'ANAP ainsi que pour 518 autres établissements. Le tableau 5.4 ci-dessous permet de voir que ces valeurs étaient significativement différentes dans les établissements du groupe de mentorat et dans le reste de la population observable.

Tableau 5.4 : Valeurs initiales des indicateurs du virage ambulatoire en médecine dans le groupe de traitement et dans le reste de la population observable

Moyennes 2014	**DMS**	**TA**	**TU**	**N**
Groupe de traitement	6,49	18,05 %	81,07 %	181
Reste de la population	10,30	14,88 %	77,96 %	518
Écart	*-3,81*	*3,17*	*3,12*	
Médianes 2014	**DMS**	**TA**	**TU**	**N**
Groupe de traitement	6,38	16,49 %	80,40 %	181
Reste de la population	8,71	11,33 %	78,90 %	518
Écart	*-2,33*	*5,16*	*1,50*	
Z	***	***	***	

n.s. : différence non significative
** p < 0.05* *** p < 0.01* **** p < 0.001*

Contrairement à la chirurgie, la comparaison au reste de la population observable en médecine révèle *un biais de sélection du groupe de mentorat sur l'ensemble des variables du virage ambulatoire* et non pas seulement sur le TU. Les DMS dans le groupe de traitement étaient nettement plus courtes que dans le reste de la population, puisque la moyenne et la

médiane de cet indicateur se situaient à 6,5 et 6,4 jours environ dans le premier groupe, contre approximativement 10 et 9 jours dans le second. Le TA du groupe de traitement était en revanche clairement supérieur à celui du reste de la population, avec des niveaux moyen et médian de 18 % et 16,5 % contre 15 % et 11 %. Le même constat pouvait être tiré sur le TU, avec une moyenne de 81 % et une médiane 80 % dans le groupe de mentorat contre 78 % et 79 % dans les autres établissements. Aucune distribution de variable ne satisfaisant les conditions de normalité et d'homoscédasticité, nous avons employé le test unilatéral de Wilcoxon à deux échantillons indépendants pour les trois indicateurs. Ce test a, dans les trois cas, renvoyé une probabilité extrêmement faible – inférieure à 0,1 % – de se tromper en affirmant qu'il existait une différence significative entre les valeurs des deux groupes. Ainsi, alors qu'en chirurgie les établissements du groupe de mentorat se trouvaient au même stade d'avancement du virage ambulatoire que le reste de la population observable au commencement du Plan triennal, en utilisant toutefois mieux que les autres leurs capacités d'hospitalisation complète, le groupe de mentorat apparaissait en médecine clairement plus engagé dans le virage ambulatoire que les autres établissements de mêmes catégories. Néanmoins, le niveau général de développement de l'ambulatoire – en TA – dans l'ensemble de la population observable en 2014 était deux fois plus faible en médecine qu'en chirurgie. En revanche, les DMS des populations observées étaient proches entre les deux secteurs. En outre, les capacités d'hospitalisation complète étaient globalement mieux utilisées en chirurgie qu'en médecine.

L'appariement par scores de propension a permis de constituer un groupe de 181 établissements présentant les mêmes caractéristiques initiales sur les indicateurs du virage ambulatoire en médecine que les 181 appartenant au groupe de mentorat. Comme le montre le tableau 5.5 ci-contre, l'écart moyen et médian entre les deux groupes en 2014 n'était plus que de 0,7 et de 0,8 jour de DMS, de 1,63 et de 1,36 point de TA, ainsi que de 1,57 et de 1,5 point de TU. Les tests unilatéraux de Wilcoxon, employés en l'absence généralisée de respect des conditions de normalité et d'homscédasticité, ont tous indiqué une probabilité non significative de différence entre les deux groupes. L'inversion, par rapport au tableau 5.4, du sens des écarts sur la DMS et le TA entre le groupe de traitement et celui de comparaison n'emportait donc pas de conséquence. Le tableau 5.5 permet également de constater que les deux groupes évoluaient au sein d'une tendance commune durant les deux années précédant le plan triennal. Néanmoins, il est intéressant de remarquer que, à la différence de la chirurgie, où les deux groupes avaient connu des évolutions significatives durant la période ex ante, les *évolutions passées en médecine étaient trop faibles pour créer des différences statistiquement significatives* entre les niveaux des indicateurs en 2012 et en 2014. La DMS du groupe de traitement était ainsi restée quasiment stable durant ce laps de temps en médiane, et avait subi une très légère augmentation de 0,02 jour en moyenne. Celle des établissement du groupe de contrôle avait quant à elle diminué, de 0,8 jour en moyenne et de 0,14 jour en médiane, sans induire cependant là non plus de différence significative par rapport aux valeurs de 2012. Le TA des deux groupes affichait également un très faible recul, là aussi non significatif d'après le test des rangs signés, d'un demi-point de moyenne et de 0,4 point de médiane pour le groupe de traitement, ainsi que de 0,17 point de moyenne et de 0,21 point de médiane pour le groupe de contrôle. Enfin, le TU du groupe de traitement perdait 0,09 point de moyenne mais gagnait 0,1 point de médiane, tandis que celui du groupe de contrôle baissait de 0,4 point de moyenne et de 0,9 point de médiane. Ces évolutions de TU n'étaient significatives pour aucun

des deux groupes. En conséquence, il est logique que les tests unilatéraux de Wilcoxon effectués sur les évolutions des groupes n'aient pas signalé de disparité entre les groupes. Comme pour l'ensemble des autres analyses conduites sur les indicateurs du virage ambulatoire en médecine, les conditions de normalité et d'homoscédasticité n'étaient pas réunies.

Tableau 5.5 : Valeurs ex ante des indicateurs du virage ambulatoire en médecine dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle

Moyennes (N = 181 dans chaque groupe)					**Médianes (N = 181 dans chaque groupe)**				
DMS	**2012**	**2014**	***Évolution***	**t**		**2012**	**2014**	***Évolution***	**S**
Groupe de traitement	6,474	6,493	*0,019*			6,386	6,384	*-0,002*	n.s.
Groupe de contrôle	6,505	6,426	*-0,079*			6,451	6,308	*-0,143*	n.s.
Écart	*-0,032*	*0,066*	*0,098*		*Écart*	*-0,065*	*0,076*	*0,141*	
t					Z	n.s.	n.s.	n.s.	
TA	**2012**	**2014**	***Évolution***	**t**		**2012**	**2014**	***Évolution***	**S**
Groupe de traitement	18,543 %	18,051 %	*-0,492*			16,897 %	16,492 %	*-0,405*	n.s.
Groupe de contrôle	19,846 %	19,679 %	*-0,167*			18,066 %	17,857 %	*-0,209*	n.s.
Écart	*-1,303*	*-1,628*	*-0,325*		*Écart*	*-1,169*	*-1,365*	*-0,196*	
t					Z	n.s.	n.s.	n.s.	
TU	**2012**	**2014**	***Évolution***	**t**		**2012**	**2014**	***Évolution***	**S**
Groupe de traitement	81,161 %	81,074 %	*-0,087*			80,3 %	80,4 %	*0,1*	n.s.
Groupe de contrôle	79,884 %	79,506 %	*-0,378*			79,8 %	78,9 %	*-0,9*	n.s.
Écart	*1,277*	*1,569*	*0,291*		*Écart*	*0,5*	*1,5*	*1*	
t					Z	n.s.	n.s.	n.s.	

Statistiques	*Tests correspondants*	*n.s. : différence non significative*
t	*Student*	** p < 0.05*
Z	*Wilcoxon à deux échantillons indépendants*	*** p < 0.01*
S	*Rangs signés*	**** p < 0.001*

Cette atonie commune des variables du virage ambulatoire en médecine a pris fin durant les deux premières années du Plan triennal, comme en témoignent leurs valeurs ex post présentées dans le tableau 5.6 ci-après. Toutefois, cette dynamique ex post n'a pas été exactement la même dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle. Sur la DMS notamment, alors que le groupe de contrôle a conservé un rythme de diminution trop lent pour marquer une différence sur la période 2014-2016, le groupe de traitement a vu son rythme moyen et médian de réduction s'accélérer de 0,1 jour par rapport à la période ex ante. Cette accélération a entraîné une baisse statistiquement significative de la DMS du groupe de traitement entre 2014 et 2016. Cette évolution différenciée de la DMS durant les deux

premières années du Plan triennal a provoqué une rupture de la tendance commune entre les deux groupes sur cet indicateur.

Tableau 5.6 : Valeurs ex post des indicateurs du virage ambulatoire en médecine dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle

Moyennes (N = 181 dans chaque groupe)							**Médianes (N = 181 dans chaque groupe)**				
DMS	**2016**	***Évol.***	**t**	***Diff.***	**t**		**2016**	***Évol.***	**S**	***Diff.***	**S**
Groupe de traitement	6,415	*-0,077*		*-0,096*			6,277	*-0,108*	***	*-0,106*	*
Groupe de contrôle	6,410	*-0,016*		*0,063*			6,132	*-0,176*	n.s.	*-0,034*	n.s.
Écart	*0,005*	*-0,062*		***-0,16***		*Écart*	*0,145*	*0,068*		***-0,073***	
t						Z	n.s.	*		*****	
TA	**2016**	***Évol.***	**t**	***Diff.***	**t**		**2016**	***Évol.***	**S**	***Diff.***	**S**
Groupe de traitement	19,312 %	*1,26*		*1,752*			17,159 %	*0,666*	***	*1,071*	***
Groupe de contrôle	21,186 %	*1,507*		*1,674*			18,998 %	*1,141*	***	*1,35*	***
Écart	*-1,874*	*-0,247*		***0,078***		*Écart*	*-1,839*	*-0,475*		***-0,279***	
t						Z	n.s.	n.s.		**n.s.**	
TU	**2016**	***Évol.***	**t**	***Diff.***	**t**		**2016**	***Évol.***	**S**	***Diff.***	**S**
Groupe de traitement	81,139 %	*0,065*		*0,152*			80,9 %	*0,5*	n.s.	*0,4*	n.s.
Groupe de contrôle	79,808 %	*0,302*		*0,681*			80,1 %	*1,2*	*	*2,1*	*
Écart	*1,331*	*-0,237*		***-0,528***		*Écart*	*0,8*	*-0,7*		***-1,7***	
t						Z	n.s.	n.s.		**n.s.**	

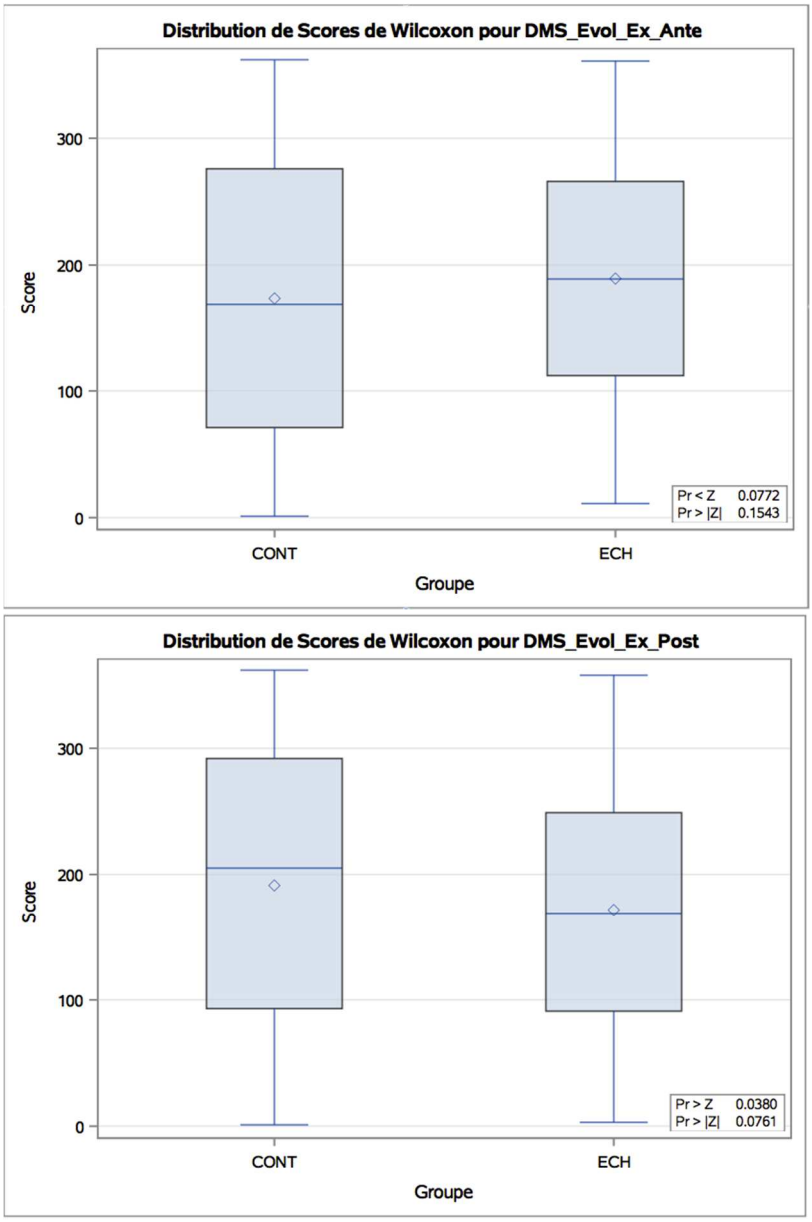
Statistiques	*Tests correspondants*	*n.s. : différence non significative*
t	*Student*	** p < 0.05*
Z	*Wilcoxon à deux échantillons indépendants*	*** p < 0.01*
S	*Rangs signés*	**** p < 0.001*

Abréviations : Évol. : évolution 2014 – 2016 ; Diff. : différence entre les évolutions ex post et ex ante.

Pour comprendre cette rupture de tendance commune, alors même que les écarts moyens et médians d'évolution de le DMS entre les groupes apparaissent moindres en 2016 qu'en 2014, il est nécessaire de regarder les diagrammes de distribution des scores de Wilcoxon pour ces évolutions, que nous avons reproduits en figure 5.1 ci-contre. Le groupe de traitement y est noté « ECH » et le groupe de contrôle « CONT ». Ces représentations graphiques permettent de constater que les rangs occupés par les valeurs d'évolution de la DMS étaient plus élevés dans le groupe de traitement en période ex ante et dans le groupe de contrôle en période ex post. En outre, les médianes des deux groupes sont plus espacées dans la période ex post que dans la période ex ante. Les établissements du groupe de traitement ont par conséquent connu une réduction de leur DMS significativement plus forte que celle des établissements du

groupe de contrôle durant les deux premières années du Plan triennal, et significativement différente de celle qu'ils avaient connue durant les deux années antérieures. Ceci explique pourquoi un écart significatif des différences dans le temps entre les deux groupes peut être établi avec un risque d'erreur d'inférieur à 5 %, tel que nous l'avons précisé en tableau 5.6. Ainsi, *un effet à deux ans des dispositifs de régulation souple intermédiée sur la DMS médicale est observable*. Néanmoins, cet effet demeure assez faible, dans la mesure où il correspond à une baisse de DMS de 0,16 jour – soit 3h50 – en moyenne et de 0,073 jour – soit 1h45 – en médiane.

Figure 5.1. Distributions des scores de Wilcoxon pour l'évolution ex ante et ex post de la DMS



La tendance d'évolution du *TA en médecine s'est en revanche orientée simultanément à la hausse* dans les deux groupes à compter de 2015, avec une augmentation moyenne de 1,26

point dans le groupe de traitement et de 1,5 point dans le groupe de contrôle, ainsi qu'avec une progression de la médiane de 0,67 et de 1,1 point. Ces évolutions ex post ont induit une différence significative entre les valeurs de 2014 et de 2016 dans les deux groupes, ainsi qu'une différence significative avec les évolutions antérieures. Les tests des rangs signés effectués sur les TA après 2014 permettent d'établir la significativité de ces différences temporelles avec un risque d'erreur inférieur à 0,1 %. Ces évolutions n'ayant cependant pas été significativement différentes entre les deux groupes, leur tendance commune s'est maintenue. En conséquence, nos résultats suggèrent que la progression du TA observable dans le groupe de mentorat n'est pas un effet des dispositifs de régulation souple intermédiée mais le produit d'un accroissement généralisé du taux de séjours sans nuitée en médecine.

Les évolutions ex post du TU indiquent pour leur part que la tendance également haussière qui s'est dessinée pour cet indicateur à partir de 2015 a été plus marquée dans le groupe de contrôle que dans le groupe de traitement. En effet, le groupe de traitement est demeuré à un niveau d'accroissement non significatif de son TU, avec une progression de seulement 0,06 point de son TU moyen et une élévation limitée à un demi-point de son TU médian. Dans le même temps, le groupe de contrôle gagnait 3 points en moyenne et 1,2 point en médiane. Logiquement, la différence entre les évolutions ex post et ex ante n'était pas significative pour le groupe de traitement, mais l'était pour le groupe de contrôle, avec un risque d'erreur inférieur à 5 %. Toutefois, *ces écarts n'ont pas été assez importants pour rompre la tendance commune* entre les deux groupes, *ni pour conclure à un effet négatif des dispositifs de régulation souple intermédiée sur le TU de médecine*. Comme en chirurgie, cette évolution du TU des groupes est cohérente avec celle des autres indicateurs. Puisque la DMS s'est significativement plus réduite dans le groupe de traitement, alors que son TA suivait la même progression ascendante que celui du groupe de contrôle, il aurait fallu un accroissement supplémentaire de l'activité globale de médecine ou davantage de réductions de lits dans le groupe de traitement par rapport au groupe de contrôle pour que les évolutions du TU dans les deux sous-populations se rapprochent.

Dans leur ensemble, les indicateurs du virage ambulatoire en médecine témoignent par conséquent qu'une dynamique générale de progression dans le sens de ce virage s'est mise en place à compter de 2015, alors que les établissements semblaient stagner dans ce virage durant les deux années précédentes. Cependant, cette dynamique n'a pas été complètement semblable dans le groupe de mentorat et dans le groupe de contrôle. Si les deux groupes ont bien connu un début significatif de hausse de leur taux d'ambulatoire, cette hausse s'est accompagnée dans le groupe de traitement d'une diminution faible mais statistiquement significative de sa DMS, alors que dans le groupe de contrôle c'est le TU qui a évolué significativement et positivement. Les tests non-paramétriques pratiqués sur ces évolutions signalent *un effet des dispositifs de régulation souple intermédiée consistant en une réduction de la DMS*, de l'ordre de 3h50 en moyenne et de 1h45 en DMS médiane. En outre, il est remarquable que les taux d'ambulatoire en médecine dans l'ensemble des groupes restaient en 2016 plus de deux fois inférieurs à ceux des groupes étudiés en chirurgie, avec des DMS proches. Les TU de médecine demeuraient également 8 à 9 points en-deçà de ceux observés en chirurgie.

Notre application des méthodes dites « a-théoriques » d'évaluation des politiques publiques, en différences de différences et en appariement, amène donc à conclure que les

dispositifs de régulation souple du Plan triennal, articulés autour de l'accompagnement d'établissements publics et d'ESPIC sous forme de mentorat, ont produit deux résultats conformes à ceux attendus par les régulateurs primaires du Plan : 1. une accélération du rythme de progression sur deux ans du taux de chirurgie ambulatoire, de l'ordre de 0,9 point ; et 2. une diminution de la DMS en médecine entre deux et quatre heures, obtenue sur cette même période. Toutefois, ces méthodes ont pour objectif de quantifier et non d'expliquer un effet. Le travail d'analyse causale des effets observés demeure ainsi entier à l'issue de cette étude. En outre, les effets que nous venons de mesurer ne sont pas des effets directs des dispositifs de régulation souple intermédiée. L'analyse du fonctionnement du régime dans lequel se sont inscrits ces dispositifs, que nous avons réalisée au quatrième chapitre, a mis en évidence que les effets que ces dispositifs ont pu avoir en matière d'adoption du cadre ambulatoire ont résulté d'une appropriation de ces dispositifs au niveau de régulation secondaire ainsi qu'au niveau des organisations régulées. Il en découle que les effets calculés dans la présente section ne sont pas simplement les effets des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ; ce sont les effets de l'appropriation par les régulateurs secondaires et les établissements de santé de ces dispositifs. De surcroît, nous avons vu au quatrième chapitre que cette appropriation a concerné autant les dispositifs de régulation dure du Plan triennal, sous forme de contractualisation réactive, que les dispositifs de régulation souple intermédiée. L'écart que nous venons d'observer entre les groupes en termes de résultats sur le virage ambulatoire peut par conséquent aussi bien provenir d'une différence d'appropriation des dispositifs de régulation dure que du recours aux dispositifs de régulation souple intermédiée.

Il en résulte que l'analyse causale de l'efficacité de ces derniers dispositifs doit rechercher quels usages et quelles articulations de dispositifs se sont révélés efficaces ou inefficaces dans l'adoption du cadre d'organisation ambulatoire. Les données quantitatives présentées dans cette section confirment toutefois, pour la période courant de 2014 à 2016, le constat déjà dressé au deuxième chapitre sur le caractère non holistique du virage ambulatoire en médecine. Alors que les niveaux médians et moyens du taux d'ambulatoire approchaient la moitié des séjours de chirurgie dans les établissements du groupe de mentorat fin 2016, ils n'atteignaient pas un cinquième des séjours en médecine. C'est pourquoi nous avons restreint le champ de notre analyse explicative de l'adoption du cadre d'organisation ambulatoire à la chirurgie. Dans la mesure où ce cadre ne fournissait pas une alternative globale à l'hospitalisation conventionnelle en médecine, il devenait dès lors impossible de comprendre comment les dispositifs de régulation avaient pu participer au remplacement d'un cadre d'organisation par autre dans ce secteur.

Section 2 : Les conditions de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal en chirurgie

Le fonctionnement de l'autorégulation que nous avons modélisé sur la base de notre étude exploratoire de cas, présentée en dernière section du quatrième chapitre, comprend deux niveaux de leviers pour l'adoption du cadre d'organisation ambulatoire : les leviers managériaux et les leviers opérationnels. Les dispositifs de régulation souples mis en œuvre par l'intermédiaire, tout comme les dispositifs pouvant impliquer une contrainte administrative ou financière exercée par les régulateurs secondaires, ont été mobilisés à ces deux niveaux par les équipes projet en charge de promouvoir l'adoption du cadre d'organisation ambulatoire au sein des établissements régulés. Il s'ensuit deux types de conditions de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en chirurgie : 1. la réussite des stratégies managériales de conduite du changement ambulatoire déployées par les équipes projet dans les établissements régulés ; et 2. la pertinence des modalités de gestion des processus opérationnels promues par ces dispositifs pour le virage ambulatoire en chirurgie. Nous allons aborder successivement ces deux types de conditions.

Les conditions managériales de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en chirurgie

Comme nous l'avons indiqué au troisième chapitre, nous disposions pour l'analyse des conditions managériales du changement ambulatoire d'une base de données comprenant 116 cas, composée d'établissements du groupe de mentorat dont les équipes projet avaient répondu de manière exhaustive au questionnaire de bilan que nous leur avions adressé, et pour lesquels nous avions pu recueillir la valeur des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie fin 2014 et fin 2016. Comme nous l'avons également présenté en dernière section du troisième chapitre, *trois types de conditions managériales* ressortaient du croisement entre les résultats de notre étude exploratoire de cas et notre revue de la littérature sur les déterminants du changement institutionnel, après exclusion des conditions de statuts, trop homogènes dans notre échantillon de cas : 1. les leviers managériaux mobilisés par les porteurs internes du changement dans les établissements régulés ; 2. l'usage fait par ces porteurs des dispositifs de régulation ; 3. les dynamiques intra-organisationnelles dans lesquelles ils opéraient. Les leviers managériaux étaient de trois types : la communication vis-à-vis des professionnels de l'établissement et/ou des patients, la mobilisation des acteurs internes à l'établissement via la gestion de projet, et la mise en place d'incitatifs dans le système de gouvernance de l'organisation.

Concernant les dispositifs de régulation, la contractualisation réactive pouvait s'apparenter à une pression coercitive, au sens de DiMaggio et Powell (1989), car elle influait sur les ressources dont pouvaient disposer les établissements régulés – par l'attribution d'aides notamment – et pouvait conduire à l'exercice d'une contrainte administrative, quand bien même celle-ci était préalablement négociée, comme dans le cas de la MSAP demandée par un

établissement que nous avons évoqué dans le quatrième chapitre. Nous avons également vu au quatrième chapitre que le monitorage constituait une forme de pression normative, portant sur la méthodologie de projet. L'accompagnement reposant quant à lui sur l'incorporation par les établissements régulés d'expériences externes, véhiculées par les mentors ou par des professionnels travaillant dans d'autres établissements, il relevait de la pression mimétique. Ainsi que nous l'avons explicité dès la première partie du présent manuscrit, les pressions coercitives se rapprochent davantage des formes dures de régulation, même si nous avons noté au quatrième chapitre que, dans le cadre du Plan triennal, ces dispositifs durs, car *in fine* contraignants administrativement ou en termes d'allocation de ressources, se fondaient sur un dialogue entre les régulateurs secondaires et les établissements régulés. Les pressions normatives et mimétiques appartiennent pour leur part plutôt au domaine des dispositifs souples de régulation. Enfin, les dynamiques intra-organisationnelles dépendaient de l'engagement en valeurs dominant au sein des établissements régulés : favorable au statu quo, indifférent, concurrentiel ou réformateur.

Nous avons exposé au troisième chapitre comment chacune de ces conditions managériale a été calibrée sur la base des réponses obtenues au questionnaire à destination des CPO et de leur équipe. Nous pouvons donc présenter maintenant les résultats de notre analyse configurationnelle comparative, afin de savoir quelles combinaisons de ces conditions managériales ont été nécessaires et/ou suffisantes à une progression dans le virage ambulatoire en chirurgie et quelles conditions ont au contraire été nécessaires et/ou suffisantes à une régression dans ce virage. Pour rappel, ces progressions et régressions ont été calibrées grâce à la grille des scores d'appartenance au virage ambulatoire en chirurgie que nous avons montrée dans le tableau 3.7. La distribution des cas reportée dans ce tableau permet de constater que dans 82 cas sur 116 les établissements de notre échantillon ont connu une progression dans le virage ambulatoire.

Notre analyse des relations de nécessité dans ces 82 cas n'a pas révélé de condition managériale nécessaire à cette progression. Notre analyse des relations de suffisance a en revanche conduit à l'identification de quatre configurations de conditions managériales suffisantes pour produire le changement ambulatoire. Ces configurations, composant la solution intermédiaire[40] fournie par le logiciel fsQCA, sont présentées dans le tableau 5.7 ci-après. Le format de ce tableau reprend les conventions d'exposition des résultats des analyses configurationnelles comparatives que nous avons trouvées dans la littérature sur cette méthodologie citée au troisième chapitre. Ces combinaisons de conditions renvoient à différentes *stratégies réussies de conduite du changement ambulatoire*. En effet, le score de cohérence totale indiqué dans le tableau 5.7 signifie que la progression dans le virage ambulatoire s'est vérifiée à 93 % dans l'ensemble des cas où ces stratégies ont été mises en œuvre. Cet ensemble couvre 54 cas, expliquant 67 % de la progression dans le virage ambulatoire observable à travers notre échantillon. Dans trois de ces 54 cas, les équipes projet ont déployé simultanément les stratégies correspondant aux configurations 2 et 3 de conditions, notées C2 et C3 dans le tableau 5.7.

[40] Conformément aux conclusions de notre recension des écrits sur les déterminants du changement institutionnel ainsi qu'aux résultats concordants de notre étude exploratoire, nous avons obtenu cette solution en posant comme hypothèse que l'ensemble des variables explicatives devaient jouer positivement sur la progression dans le virage ambulatoire.

Tableau 5.7 : Configurations managériales suffisantes à la progression dans le virage ambulatoire en chirurgie

Conditions	Configurations de conditions suffisantes			
	C1 Mobilisation des dynamiques internes	**C2 Légitimation externe du changement**	**C3 Recherche de soutiens**	**C4 Pilotage par objectifs**
Leviers managériaux				
Communication	○		●	○
Mobilisation	●		●	○
Gouvernance		○		●
Usage des dispositifs de régulation				
Contractualisation		●	●	
Monitorage				
Accompagnement		●		●
Dynamiques intra-organisationnelles				
Engagement réformateur	●	○	○	
Nombre de cas couverts	*19*	*20*	*10*	*8*
Cohérence	0.95	0.94	0.97	0.99
Couverture	0.45	0.36	0.28	0.18
Couverture propre	0.19	0.09	0.03	0.04
Cohérence totale	0.93			
Couverture totale	0.67			

La condition est présente = ●; la condition est absente = ○ ; la condition est indifférente = vide

La première de ces stratégies, qui a eu 95 % de chance de fonctionner dans les 19 cas qui l'ont expérimentée, a consisté à *mobiliser les dynamiques internes favorables au changement ambulatoire*. Dans ces cas, l'association des différents groupes professionnels composant l'établissement, et notamment de la communauté médicale, dans la gestion du projet ambulatoire, à travers la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de la feuille de route liées au virage ambulatoire, a suffi à avancer dans ce virage en chirurgie. Les équipes projet de ces établissements n'ont pas jugé utile de communiquer sur le virage ambulatoire, étant donné la prévalence d'un engagement réformateur – c'est-à-dire favorable au virage ambulatoire – au sein de leur organisation. Dans cette stratégie, la mise en place d'incitatifs au virage ambulatoire, tout comme le recours aux dispositifs de régulation, ont été indifférents, ce qui veut dire que la stratégie a réussi que ces conditions aient ou non été réunies. Cette stratégie contribue à l'explication de 45 % de la progression dans le virage ambulatoire de notre échantillon, et explique à elle seule 19 % de cette progression.

La deuxième stratégie, qui s'est révélée gagnante à 94 % pour les 20 équipes projet qui l'ont appliquée, reposait, à l'inverse de la première, sur la *légitimation externe du changement*

ambulatoire, afin de rompre les dynamiques de reproduction du cadre conventionnel d'hospitalisation qui étaient majoritaires au sein de leurs organisations. Cette stratégie a marché, que les porteurs internes du projet de changement ambulatoire aient ou non communiqué sur le virage ambulatoire ou qu'ils aient ou non mobilisé les différents groupes professionnels de leur établissement dans ce projet. En revanche, le levier de la gouvernance n'a été employé dans aucun des cas appartenant à cette configuration. Les dispositifs de régulation que les équipes projet ont considéré utiles dans cet effort de légitimation ont été les dispositifs coercitifs et d'accompagnement. Les réductions de lits imposées par les ARS ou les MSAP ont ainsi été citées par ces équipes comme des décisions ayant accéléré le virage ambulatoire dans leur établissement. En matière d'accompagnement, ces équipes ont souligné dans leurs commentaires que le partage d'expériences avec d'autres établissements plus avancés qu'eux dans le virage ambulatoire a pu amener la communauté médicale à changer d'opinion sur le virage ambulatoire. Ces équipes ont également été nombreuses à déclarer que l'intervention sur site du mentor avait permis d'engager un dialogue avec les praticiens. En revanche, si certaines de ces équipes ont estimé utiles les outils de monitorage, notamment à des fins de comparaisons avec d'autres établissements, une partie de ces équipes a trouvé ces outils trop formels et compliqués à renseigner. Le recours aux outils de monitorage n'a donc pas été systématique dans cette stratégie de légitimation externe. Bien que cette stratégie ait été employée dans 20 établissements, elle contribue légèrement moins que celle de mobilisation des dynamiques internes à l'explication globale du virage ambulatoire dans notre échantillon. La raison en est que, dans trois de ces 20 cas, cette stratégie a été combinée avec celle correspondant à la troisième configuration de conditions managériales visible dans le tableau 5.7.

Cette troisième stratégie a davantage reposé sur la *recherche de soutiens internes comme externes* au virage ambulatoire. Elle se distingue de la stratégie de mobilisation des dynamiques internes favorables au changement ambulatoire en ce que cette recherche de soutiens est intervenue dans des contextes où ces dynamiques n'étaient pas majoritaires. Aussi est-il apparu important aux équipes projet des 10 établissements qui l'ont mise en œuvre de communiquer sur le virage ambulatoire auprès des professionnels de leur établissement et de les rassurer sur les impacts de cette transformation pour eux. Bien qu'elle ne lui soit pas incompatible, cette stratégie de recherche de soutiens diffère également de la stratégie de légitimation externe en ce qu'elle inclut systématiquement une mobilisation des acteurs internes en accord avec le virage ambulatoire. Notamment, les commentaires laissés par les équipes projet concernées font souvent référence au dialogue qui s'est instauré dans le cadre de la gestion de projet entre la direction et la communauté médicale de l'établissement. L'un de ces commentaires illustre bien le rôle joué par le soutien de la direction générale dans cette stratégie : « Seule une petite partie des acteurs médicaux était porteur de la démarche. La démarche posée sur le long cours, appuyée en permanence par la direction d[e l'] établissement, a permis de faire comprendre que c'était un objectif majeur de l'établissement. »

Il est intéressant de comparer ce commentaire à celui écrit par un chef de projet ayant privilégié une stratégie de légitimation externe. En complément de ses réponses aux questions sur l'association des professionnels médicaux au projet ambulatoire, celui-ci a ajouté la mention suivante : « équipe médicale difficile à mobiliser malgré l'investissement du PCME ». Ces deux exemples permettent de saisir le contraste dans l'appréciation des

dynamiques internes par les porteurs de la deuxième et de la troisième stratégie. Alors que ceux ayant opté uniquement pour une stratégie de légitimation externe font état d'une difficulté à trouver des acteurs pouvant promouvoir le virage ambulatoire à l'intérieur de leur organisation, les artisans de la stratégie de recherche de soutiens semblent avoir pu s'appuyer sur de tels promoteurs. Il en découle que la stratégie de légitimation externe s'est plutôt déployée pour faire face à une préférence majoritaire des groupes composant l'organisation pour le cadre d'hospitalisation conventionnelle, tandis que la stratégie de recherche de soutiens a davantage rencontré un terrain propice dans les dynamiques conflictuelles, opposant les partisans et les détracteurs du cadre ambulatoire. La stratégie de recherche de soutiens se dissocie également de celle de légitimation externe dans son usage des dispositifs de régulation, puisque l'accompagnement n'a pas toujours été estimé utile par les équipes projet qui ont mis en œuvre cette troisième stratégie. En outre, si la contractualisation apparaît comme une condition de réussite commune entre ces deux stratégies, les commentaires laissés par les répondants suggèrent que ce sont moins les dispositions coercitives prises par les régulateurs secondaires que les aides financières que ces régulateurs ont pu accorder qui ont été utiles dans la stratégie de recherche de soutiens. En effet, ces commentaires évoquent exclusivement des subventions d'équipements et des financements liés à des appels à projet provenant des ARS. Bien que la stratégie de recherche de soutiens ne rende compte à elle seule que de 3 % de la progression dans le virage ambulatoire de notre échantillon, en raison du petit nombre de cas concernés par cette stratégie, elle contribue néanmoins à expliquer 28 % de cette progression. De surcroît, la probabilité de réussite de cette stratégie calculée sur ces 10 cas atteint 97 %.

Enfin, la dernière stratégie de succès dans le virage ambulatoire identifiable grâce à notre analyse comparative de cas a reposé prioritairement sur l'intégration des objectifs du virage ambulatoire dans le système de gouvernance de l'établissement. Les commentaires fournis par les équipes projet ayant opté pour cette stratégie indiquent que ce *pilotage par objectifs* s'est traduit par une contractualisation interne entre les pôles et la direction de leur établissement sur les indicateurs du virage ambulatoire. Cette contractualisation interne s'est parfois accompagnée d'un intéressement. Il est remarquable que, dans les huit établissements qui ont choisi cette stratégie, le pilotage par objectif a constitué le seul levier managérial employé par les équipes projet. Cette focalisation sur la contractualisation interne n'implique pas forcément que les dispositifs de contractualisation externes aient été perçus comme utiles par les porteurs de cette stratégie. Si certains d'entre eux ont fait état, dans leurs commentaires, d'un « dialogue fructueux » avec l'ARS, d'autres se sont plaints d'un « dialogue trop lointain et coupé du terrain » ou « axé uniquement sur la baisse du nombre de lits et les effets comptables ». Les dispositifs de régulation que les équipes projet de ces huit cas ont toutes jugé utiles ont été les modalités d'accompagnement, en ce qu'elles ont permis un « partage d'expériences » entre établissements et ont ainsi apporté des « éléments de comparaison ». Puisqu'elle n'a concerné que huit cas, cette stratégie de pilotage par objectifs a moins contribué que les autres à expliquer le virage ambulatoire dans les établissements de notre échantillon : son degré de couverture du total des scores d'appartenance au virage ambulatoire dans l'échantillon n'était que de 18 % et la part du virage ambulatoire observé tenant exclusivement à cette stratégie n'était que de 4 %. Toutefois, cette stratégie présentait un score de cohérence très élevé, de 99 %, indiquant une réussite quasi certaine dans ce petit groupe de huit cas. En outre, cette stratégie ayant fonctionné avec des dynamiques internes

favorables comme défavorables au cadre ambulatoire, elle semble particulièrement adaptée aux contextes dans lesquels les groupes composant l'organisation sont globalement indifférents au changement.

Les chefs de projet qui ont mené ces quatre stratégies étaient tous directeurs, à l'exception d'un médecin chargé de la qualité et de la gestion des risques. Celui-ci a adopté une stratégie de recherche de soutiens, non combinée à une stratégie de légitimation externe. L'analyse des réponses fournies par ce chef de projet n'a pas révélé de singularité majeure par rapport aux autres cas de recherche de soutiens. Nous avons cependant relevé que cet établissement fournit le seul exemple dans notre échantillon d'usage des outils de monitorage dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins avec les pôles, passant par l'instauration d'un tableau de bord comprenant des indicateurs qualité dans le dialogue de gestion avec ces pôles. Notamment, ce médecin qualiticien a particulièrement apprécié le Macrodiag et les outils d'autodiagnostic conçus par l'ANAP, ainsi que la remontée des indicateurs du virage ambulatoire, car ces dispositifs l'ont aidé à poser un diagnostic initial et à suivre les impacts des actions mises en œuvre. Bien que ce jugement ne soit pas en lui-même exceptionnel dans notre éventail de 116 cas, l'orientation de la stratégie de conduite du changement ambulatoire et de l'utilisation des outils de monitorage vers la qualité des soins n'a été mentionnée que par ce répondant.

Plus globalement, même si les dispositifs de monitorage ont pu être jugés utiles par certaines des équipes qui ont conduit le changement ambulatoire avec succès, ils n'apparaissent pas dans notre analyse configurationnelle comparative de cas comme ayant été indispensables à l'efficacité des différentes stratégies d'autorégulation élaborées par ces équipes. Les dispositifs d'accompagnement, en revanche, ont constitué l'une des conditions suffisantes au changement ambulatoire dans les stratégies de légitimation externe ainsi que dans les stratégies de pilotage par les objectifs. Ces dispositifs d'accompagnement ont contribué à la réussite des stratégies de légitimation externe en association avec les dispositifs contractuels plaçant une contrainte administrative et/ou financière sur les établissements régulés. Cette association n'a pas été systématique dans les stratégies de pilotage par les objectifs. À l'inverse, les dispositifs contractuels de régulation ont partout joué un rôle dans la bonne réalisation des stratégies de recherche de soutiens, pour lesquelles les dispositifs d'accompagnement n'ont pas toujours été considérés utiles. En outre, les dispositifs de régulation dans leur ensemble n'ont pas eu d'effet sur l'efficacité des stratégies de mobilisation des dynamiques internes favorables au virage ambulatoire. Il ressort par conséquent de notre étude de 82 cas de progression dans le virage ambulatoire en chirurgie que *les dispositifs de régulation souple intermédiée ont participé à l'efficacité de l'autorégulation dans deux configurations de conditions managériales* : 1. lorsque les dynamiques internes à l'établissement étaient défavorables au changement ambulatoire, les dispositifs d'accompagnement ont été utiles en combinaison avec des dispositifs de régulation dure pour légitimer ce changement ; et 2. les dispositifs d'accompagnement ont aidé à mettre en œuvre un pilotage des objectifs du virage ambulatoire – à travers les systèmes de gouvernance des établissements – qui s'est révélé efficace dans tout type de dynamiques internes.

L'analyse des 34 cas de notre échantillon qui ont stagné ou régressé dans le virage ambulatoire en chirurgie entre 2014 et 2016 permet en outre de formuler *des hypothèses quant aux causes ayant pu l'entraîner l'échec de certaines des stratégies de conduite du*

changement ambulatoire qui ont été employées dans cet échantillon. Comme pour les cas d'avancée dans le virage ambulatoire, nous n'avons pas trouvé de condition nécessaire à l'absence de progression dans ce virage. Toutefois, en raison d'un nombre de cas plus faible, l'analyse des conditions suffisantes à cette absence de progression n'a pas conclu, comme elle avait pu le faire pour les cas de progression, à une solution globale présentant un niveau de cohérence supérieur à 80 %. La solution la plus proche de ce seuil est la solution complexe, atteignant une cohérence totale de 76 %. Toutefois, comme le montre le tableau 5.8 ci-contre, chacun des termes de cette solution, c'est-à-dire chacune des six configurations de conditions managériales retenues dans cette solution, pris isolément, offre un niveau de cohérence satisfaisant. En outre, cette solution complexe rend compte de 77 % du total des scores de progression inférieurs à 0,5 dans notre échantillon. En conséquence, bien que la faiblesse de la cohérence globale de cette solution nous empêche d'affirmer que les configurations managériales qui la composent ont suffit à provoquer une régression et non une progression dans le virage ambulatoire en chirurgie, ces résultats nous autorisent à poser des hypothèses explicatives en regard des configurations de succès que nous venons de décrire. À cette fin, nous nous sommes aidés des opérations de minimalisation permises en algèbre booléenne.

Ainsi, les trois premières configurations présentées dans le tableau 5.8 appartiennent toutes à un même ensemble qui comprend 10 cas et qui est défini par l'absence de communication et de dynamique interne favorable au virage ambulatoire. Il pourrait donc être déduit de cet ensemble de conditions que c'est l'absence de plan de communication à destination des personnels de l'établissement sur ce virage qui a provoqué l'échec du projet de changement dans ce contexte. Cependant, nous avons vu précédemment que certaines stratégies de légitimation externe du changement ont fonctionné sans plan de communication interne, puisque cette condition est indifférente à la réussite de cette stratégie. Ce constat invite par conséquent à rechercher une autre cause possible d'échec du changement ambulatoire, en comparant les configurations de dynamiques défavorables dans lesquelles ce changement a réussi à celles dans lesquelles il ne s'est pas produit. La condition commune entre les stratégies de légitimation externe et de recherche de soutiens, visible dans le tableau 5.7, est le recours à la contractualisation. Au contraire, le sous-ensemble composé des deuxième et troisième configurations d'échec – C2 et C3 – dans le tableau 5.8 est défini par l'usage conjoint des dispositifs de monitorage et d'accompagnement. Il en découle une série de deux hypothèses – H1A et H1B – relatives aux causes managériales de l'absence de progression dans le virage ambulatoire chirurgical en cas de dynamiques internes défavorables. Ces hypothèses peuvent s'énoncer comme suit :

Dans les cas de dynamiques internes adverses au virage ambulatoire, l'absence de progression dans le virage ambulatoire peut s'expliquer soit par :

- H1A : l'absence de plan de communication sur ce virage à destination des personnels de l'établissement ;

ou par :

- H1B : l'absence de recours à la contractualisation dans la stratégie de conduite du changement.

Ces hypothèses n'impliquent pas que l'usage des dispositifs de monitorage dans ces contextes défavorables ait pu contribuer à l'échec du virage ambulatoire. En effet, les stratégies de

légitimation externe ou de recherche de soutiens n'excluent pas l'emploi de ces dispositifs, puisque celui-ci apparaît, dans le tableau 5.7, comme indifférent et non absent. En revanche, ces hypothèses suggèrent *l'importance de la communication et du recours aux dispositifs de régulation de nature coercitive*, au sens de DiMaggio et Powell (1983), *pour porter un changement de cadre d'organisation en situation d'adversité*.

Tableau 5.8 : Configurations managériales pouvant expliquer l'absence de progression dans le virage ambulatoire en chirurgie

Conditions	**Configurations de conditions suffisantes**					
	C1	**C2**	**C3**	**C4**	**C5**	**C6**
Leviers managériaux						
Communication	○	○	○	○	●	●
Mobilisation	○	●		○	○	
Gouvernance	○	●	○	○		○
Usage des dispositifs de régulation						
Contractualisation	○	●	○		●	●
Monitorage	○	●	●	●	●	●
Accompagnement	○	●	●	●	●	●
Dynamiques intra-organisationnelles						
Engagement réformateur	○	○	○	●	●	●
Nombre de cas couverts	*3*	*2*	*5*	*6*	*8*	*5*
Cohérence	0.88	0.84	0.83	0.84	0.87	0.83
Couverture	0.29	0.22	0.38	0.40	0.39	0.52
Couverture propre	0.02	0.03	0.05	0.03	0.04	0.12
Cohérence totale			0.76			
Couverture totale			0.77			

La condition est présente = ●; la condition est absente = ○ ; la condition est indifférente = vide

L'ensemble formé par les configurations C4 à C6 exposées dans le tableau 5.8 permet de constater que *la réussite du changement n'est pas non plus garantie par la seule présence de dynamiques intra-organisationnelles favorables à ce changement*. Dans 18 cas – un cas appartient à la fois aux configurations C5 et C6 – le changement ambulatoire n'a pas eu lieu alors que les groupes professionnels de ces établissements soutenaient majoritairement ce cadre d'organisation. Là également, la comparaison entre les conditions définissant cet ensemble et celles composant la stratégie de mobilisation des dynamiques internes décrite plus haut amène à proposer une série d'hypothèses sur les causes de cet échec. Dans les configurations C4 et C5, les équipes projet n'ont pas mobilisé les acteurs internes de l'organisation, et notamment les médecins, dans la gestion du projet de changement ambulatoire. Dans les configurations C5 et C6, ces équipes ont en revanche déployé un plan de communication à destination de ces acteurs, qu'elles considéraient pourtant comme

majoritairement en accord avec le virage ambulatoire. Or, ce qui caractérise la stratégie de mobilisation des dynamiques internes, qui est la seule configuration de succès en situation favorable qui s'est dégagée de notre analyse précédente, est à la fois l'existence de cette mobilisation et l'absence de plan de communication. Cette stratégie n'interdit pas en revanche le recours aux dispositifs de régulation, qui apparaissent dans les trois configurations d'échec C4 à C6, et n'impose pas d'utiliser le levier de la gouvernance interne, négligé dans les configurations C5 et C6. Il en découle les hypothèses H2A et H2B ci-dessous :

Dans les cas de dynamiques internes favorables au virage ambulatoire, l'absence de progression dans le virage ambulatoire peut s'expliquer soit par :

- H2A : l'absence de mobilisation des acteurs internes dans la gestion du projet de changement ambulatoire ;

ou par :

- H2B : l'effet contre-productif d'un plan de communication à destination de ces acteurs déjà convaincus.

L'*étude plus approfondie de deux cas extrêmes* d'adoption et de rejet du cadre d'hospitalisation ambulatoire en chirurgie, que nous avons réalisée en octobre et novembre 2017, permet d'illustrer une partie des résultats obtenus grâce à l'analyse configurationnelle comparative. Les entretiens menés dans ces deux centres hospitaliers – ci-après dénommés « CH2 » et « CH3 » – ont tout d'abord confirmé les types de changement perceptibles à travers l'évolution des indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie dans ces deux établissements. Ces données, reproduites dans le tableau 5.9 ci-dessous, font état, au CH2, d'une situation de résistance du cadre de l'hospitalisation complète dans une organisation déjà avancée dans le virage ambulatoire. En effet, dès fin 2014 le CH2 était proche des niveaux de TA et de DMS caractéristiques du cadre d'hospitalisation ambulatoire. Cet établissement demeurait proche de ce modèle fin 2016, en dépit d'une très légère dégradation de sa DMS et de son taux d'ambulatoire. Le CH2 offrait donc un cas de reproduction, sur une période de deux ans, du cadre d'hospitalisation conventionnel à l'intérieur du cadre de l'hospitalisation ambulatoire déjà en place. À l'inverse, le CH3 était proche des niveaux du cadre d'hospitalisation de semaine fin 2014, avec une DMS relativement courte mais seulement un tiers des séjours chirurgicaux traités en ambulatoire. Fin 2016, le cadre d'organisation ambulatoire semblait installé dans cet établissement, puisque sa DMS en chirurgie était inférieure à cinq jours et que son taux de chirurgie ambulatoire avoisinait les 50 %. Le CH3 représentait par conséquent un cas de déplacement du cadre d'hospitalisation de semaine au cadre ambulatoire, dans ce même laps de temps de deux ans.

Tableau 5.9. Types de changement en chirurgie au CH2 et au CH3

	2014				2016				Type de changement
	DMS	TA	TU	Cadre*	DMS	TA	TU	Cadre*	
CH2	6,02	48 %	76 %	HA	6,09	47 %	72 %	HA	Résistance
CH3	6,11	36 %	69 %	HS	4,98	47 %	65 %	HA	Déplacement

** Cadre d'organisation le plus proche*

La description, fournie par les professionnels rencontrés, du virage ambulatoire dans leur établissement a corroboré ces deux qualifications. Ceux-ci ont évoqué, *au CH2, la résistance* de chirurgiens en fin de carrière vis-à-vis du cadre d'organisation ambulatoire. Le médecin anesthésiste coordonnateur de l'UCA a ainsi déclaré :

« Le premier levier c'est le chirurgien. C'est le chirurgien qui décide l'ambulatoire. [...] Si on arrive pas à le convaincre on va dans le mur [...]. Avec pas mal on y est arrivé, mais avec certains on y arrive pas. [...] Il y a certains chirurgiens de la vieille génération qui craignent encore la complication dans la nuit. »

Le cadre supérieur du pôle de chirurgie a lui aussi mis en avant la résistance d'un petit nombre de chirurgiens proches de la retraite à l'encontre du virage ambulatoire : « On a des chirurgiens qui ont plus de 60 ans. Pour certains c'est difficile. J'en ai un surtout, pour, lui, la prise en charge ambulatoire est une sous-prise en change. [...] [Il] ne bougera pas de toute façon [...]. J'ai quand même une belle évolution des mentalités chez les plus anciens. » Comme le signale la fin de cette dernière citation, l'existence de cette poche de résistance n'invalide pas la réponse apportée par le CPO au questionnaire de bilan, selon laquelle la communauté médicale de l'établissement était majoritairement « en accord » avec le virage ambulatoire. Après avoir lui-même évoqué les réticences de certains chirurgiens lors de l'entretien que nous avons eu avec lui, ce chef de projet nous a explicité son opinion sur l'engagement de la communauté médicale de son établissement pour le virage ambulatoire : « Il y a avait une bienveillance positive des praticiens axés sur le changement, mais mis à part le DIM et le chef de service de l'UCA [...], ils ne se sont pas impliqués directement. » Cette précision permet de comprendre que la non-implication des professionnels médicaux dans la conception et la mise en œuvre de la feuille de route ambulatoire, qui ressortait des réponses du CPO au questionnaire, n'avait pas forcément été un choix de sa part, mais résultait plutôt d'une difficulté à mobiliser des ressources humaines, notamment médicales, pour le projet.

La multiplicité des intervenants chirurgicaux, soulignée par le cadre de l'UCA, a pu en partie expliquer cette difficulté de mobilisation. En effet, ce cadre nous a fait part des inconvénients que ce fractionnement du temps médical au sein de l'UCA pouvait susciter pour la gestion d'un projet de changement :

« C'est beaucoup plus simple dans un service classique de mettre un projet en place. Nous c'est beaucoup plus compliqué. [...] Je dois avoir une vingtaine de chirurgiens ou de spécialistes qui passent dans mon service une matinée par semaine. Et encore, ils sont là 10 minutes ou 15 minutes, le temps de voir les patients et de s'en aller. Donc les messages sont compliqués à faire passer. »

Cette problématique de mobilisation des acteurs s'est même étendue aux postes de direction, puisque le Directeur des ressources humaines, qui devait être l'adjoint du CPO pour les projets liés au Plan triennal dans l'établissement, n'a finalement pas pu s'y investir car il a été retenu par d'autres projets. Si bien que, en dépit d'un soutien fort du directoire et de la Présidence de la CME, le CPO, qui continuait à exercer, en sus de cette fonction, celle de DAF, s'est retrouvé seul à porter la feuille de route ambulatoire avec le cadre de l'UCA, nouvellement nommé, et le cadre supérieur du pôle de chirurgie. Par conséquent, *le cas du CH2 conforte l'hypothèse H2A formulée plus haut*, selon laquelle l'absence de mobilisation

des dynamiques internes favorables au changement ambulatoire a pu freiner la progression dans ce virage en chirurgie. Cette étude plus approfondie révèle toutefois que cette absence de mobilisation n'a pas nécessairement procédé d'une volonté des porteurs du projet de changement, mais plutôt d'une contrainte liée à la disponibilité des ressources humaines de l'établissement, notamment médicales. Dans ces conditions, les professionnels qui étaient favorables au changement n'ont pas toujours eu du temps à consacrer pour tenter de convaincre ceux qui y demeuraient opposés, et ont préféré attendre que ces derniers résistants, souvent âgés, s'en aillent. Ces résistants ont donc pu assurer la reproduction du cadre d'organisation ancien auquel ils étaient attachés sans rencontrer d'obstacle.

En l'absence de mobilisation des acteurs internes dans le projet de changement, le recours aux autres leviers managériaux ainsi qu'aux dispositifs de régulation ne semble pas avoir produit d'effets observables sur le virage ambulatoire en chirurgie durant les deux premières années du Plan triennal au CH2. Le CPO de cet établissement a ainsi conçu et mis en œuvre un plan de communication à destination des professionnels de l'établissement, et la contractualisation interne a évolué de manière à prendre en compte les objectifs découlant de la feuille de route. Le CPO a globalement jugé les trois types de dispositifs de régulation utiles à la fois dans ses réponses au questionnaire de bilan et lors de notre entretien. Dans ces deux sources, le CPO a mis en avant le PRE et la MSAP comme des facteurs aidants dans le virage ambulatoire, l'intérêt du remplissage du Macrodiagnostic pour dresser un état des lieux de départ, ainsi que les idées que les retours d'expériences d'autres établissements avaient données aux cadre du CH2 et que ces cadres nous ont eux aussi mentionnées, comme l'instauration de consultations infirmières par exemple. Les propos des personnes interrogées concordaient également avec les résultats du questionnaire quant aux limites de ces dispositifs, concernant la lourdeur du format de feuille de route et la non-pertinence de certains retours d'expérience trop centrés sur les gros établissements.

Nos données d'entretiens confirmaient par conséquent l'appartenance du CH2 à la cinquième configuration de conditions managériales du tableau 5.8, telle qu'indiquée par le score d'appartenance de 68 % attribué à cet établissement pour cette configuration à l'issue de notre analyse configurationnelle comparative. Ce cas fait donc partie des établissements qui se sont saisi du levier de la communication sans succès. Cette absence d'effet de la communication auprès des professionnels de l'établissement a été reconnue par le CPO lui-même, qui a répondu « non » à la question : « Cette communication vous a-t-elle semblé faciliter l'adhésion des professionnels au virage ambulatoire ? ». Toutefois, nous n'avons *pas non plus relevé lors de notre enquête de terrain de preuve que cette communication a eu un effet contre-productif, comme le suggère l'hypothèse H2B* précédemment énoncée. Les propos du cadre de l'UCA cités plus haut invitent à penser que cette communication n'a plutôt pas eu d'effet du tout, ni positif ni négatif, car « les messages sont compliqués à faire passer » lorsque les temps d'échanges entre membres de l'équipe projet et les professionnels concernés sont restreints. Davantage que la communication formelle structurée dans un plan, c'est le manque d'opportunités de communication quotidienne entre les professionnels porteurs du virage ambulatoire et les autres qui semblent avoir posé problème au CH2.

Le *CH3 offre un cas miroir* à celui du CH2, *dans lequel les dynamiques internes favorables au virage ambulatoire ont pu être mobilisées avec succès*. Pourtant, cette mobilisation n'était pas davantage garantie a priori qu'au CH2. Le médecin DIM de

l'établissement nous a fait part de la même difficulté que celle relevée au CH2 pour dédier du temps médical aux projets de transformation organisationnelle, dans les termes suivants :

> « Je crois indispensable que les médecins s'investissent dans les projets [...] avec les équipes de direction et les cadres de santé. [...] Mais c'est vrai qu'aujourd'hui les contraintes très fortes qui pèsent sur les médecins pour augmenter l'activité font qu'on a des fois moins de temps pour se dédier [...] à des réunions sur les organisations. [...] Il n'y a pas de temps dévolu dans l'organisation médicale pour faire ça. »

En outre, le CPO du CH3 a lui aussi dû faire face, selon ses mots, à un « foyer de résistance » contre le développement de la chirurgie ambulatoire. La stratégie mise en œuvre par ce CPO, qui était lui aussi DAF, a consisté à dialoguer avec chacun des médecins opposés à ce développement afin de comprendre quels étaient les points bloquants et essayer de leur trouver des solutions pratiques. Ces solutions ont tenu à la formation des personnels soignants, à la modification de l'agencement spatial des unités et des secrétariats, ainsi qu'à l'instauration de nouvelles pratiques de programmation et d'organisation de la sortie des patients, notamment par la création d'un salon de sortie et la fixation d'horaires de visites des médecins pour signer les bons de sortie. Cette stratégie reposait sur la volonté de convaincre ces praticiens et de mettre en avant la progression de leur activité ambulatoire afin de créer un effet d'émulation entre professionnels médicaux, comme l'exprime le CPO lui-même ci-dessous : « L'idée c'était de créer une vitrine qui attirait le reste. Et cette vitrine a attiré le reste par ce que ceux qui restait de l'autre côté de la vitrine ce disaient : "Zut mais nous on nous voit pas et c'est dommage". » Cet effet d'émulation a été également signalé par le CPO du CH3 à travers le questionnaire de bilan, puisqu'il a répondu « oui » à la question : « À votre connaissance, l'exemple de professionnels médicaux de votre établissement, en soutien ou en accord avec les actions liées au virage ambulatoire, a-t-il permis de convaincre certains de leurs confrères initialement neutres, en résistance ou en opposition ? ».

L'entretien avec ce chef de projet a néanmoins permis de comprendre que cette adhésion des professionnels médicaux défavorables au virage ambulatoire n'est pas allée de soi, mais qu'elle a été le fruit d'un long travail de discussions et de négociations entre ce CPO et ces professionnels. Ces discussions et négociations ont eu lieu au cours des réunions mensuelles de gestion de l'UCA, appelées « staffs », et ponctuellement en face à face avec les chirurgiens qui résistaient au développement de l'ambulatoire. Au cours de notre entretien, le CPO a ainsi déclaré : « On a beaucoup travaillé à rassurer les médecins. [...] C'est facile à dire mais c'est beaucoup de discussions et d'échanges. Il faut mettre les choses à plat. [...] On leur a expliqué et on a calculé avec eux [...] C'est de la négociation. » Toutefois, il n'y a pas eu au CH3 de plan formel de communication sur le virage ambulatoire à destination des personnels de l'établissement. Cette *communication a davantage pris la forme d'un dialogue et d'une négociation*, partant de l'écoute des motifs d'opposition de certains chirurgiens et centré sur la réponse à des problématiques concrètes d'organisation. Notre enquête de terrain confirme par conséquent l'appartenance du CH3 à la première configuration managériale exposée au tableau 5.7, qui est caractérisée par la mobilisation des dynamiques internes favorables au virage ambulatoire et l'absence de plan de communication formel. Cette appartenance ressortait de notre analyse configurationnelle comparative avec un score de 62,5 % pour cet établissement et cette configuration. Cependant, cette étude approfondie suggère que

l'absence de la condition de communication dans cette configuration ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'effort de conviction de la part des équipes projet pour mobiliser les professionnels de l'établissement, qui auraient déjà tous été favorables au virage ambulatoire. Au contraire, il semble dans ce cas que le soutien majoritaire des professionnels médicaux au virage ambulatoire n'empêchait pas l'existence d'un foyer de résistance interne devant encore être convaincre du bienfondé de l'ambulatoire. Cette conviction est toutefois passée par la co-construction du projet de changement ambulatoire entre direction, cadres, et médecins, ainsi que par sa mise en œuvre et son évaluation conjointe, et non par l'élaboration d'une vision générale sur le bienfondé du virage ambulatoire.

Outre l'utilisation des tableaux de bord déjà en place dans l'établissement au commencement du Plan triennal, le CPO a eu recours à des sources de légitimation externes du virage ambulatoire dans son travail de conviction. Comme au CH2, l'existence d'une contrainte administrative et financière antérieure au Plan triennal, sous formes d'un PRE et de MSAP pour certains gestes chirurgicaux, a facilité, selon le CPO, ce travail. Toutefois, à la différence du CH2, ce CPO a considéré les outils de monitorage proposés par l'ANAP globalement peu utiles. Il est intéressant de noter que, lors de notre entretien avec lui, le CPO du CH3 a néanmoins mentionné avoir eu recours à une autre forme d'outil de normation, non fourni par l'ANAP, sous la forme d'un classement des établissements de sa région publié dans la presse. L'établissement perdant des places dans ce classement en raison de son faible taux d'ambulatoire, le CPO a utilisé cette publication comme support de son discours sur la nécessité de développer davantage l'ambulatoire. Concernant l'accompagnement apporté par l'ANAP, si l'opinion du CPO et des autres personnes rencontrées était très positive sur ces modalités, l'aide qu'elles avaient représentée pour cette équipe projet n'apparaissait pas clairement. En revanche, la participation antérieure au Plan triennal à un programme d'accompagnement de l'ARS sur la chirurgie ambulatoire a été décrite par le cadre de l'UCA et la cadre supérieure du pôle de chirurgie comme le point de départ du développement de cette activité dans l'établissement, grâce notamment à l'élaboration de chemins cliniques incluant des critères d'éligibilité des patients, qui avaient permis de rassurer les médecins sur la sécurité de la prise en charge en ambulatoire. Il semble donc qu'au CH3, *les dispositifs externes de légitimation du cadre d'hospitalisation ambulatoire aient été soit déployés par l'ARS avant le Plan triennal, soit aient été trouvés en dehors des dispositifs de régulation du Plan*. Cette situation peut expliquer pourquoi le recours aux dispositifs propres au Plan triennal semble ne pas avoir eu d'effets identifiable dans ce cas. Cet exemple montre par conséquent que différentes stratégies de conduite du changement peuvent se succéder : une stratégie de légitimation externe, fondée sur l'utilisation de la contrainte, de l'accompagnement et de la normation dans un contexte d'opposition au changement, peut préparer le terrain à une stratégie de mobilisation des dynamiques internes, une fois celles-ci devenues majoritairement favorables.

De surcroît, le cas du CH3 révèle une autre tactique managériale que celles découlant de notre étude exploratoire de cas et de notre revue de la littérature sur le changement institutionnel. Cette tactique a résidé dans *la création d'une contrainte matérielle imposant la nécessité d'une réorganisation des processus*. En l'espèce, cette contrainte a pris la forme de vagues successives de fermetures de lits d'hospitalisations conventionnelles entre 2014 et 2016. Ces réductions capacitaires ont représenté 30 % des lits installés en 2014, selon le CPO. Le principe de cette tactique est d'obliger les opérateurs à prendre en charge les patients en

ambulatoire, faute de capacité d'hébergement en hospitalisation complète. Le CPO a néanmoins insisté sur le fait que cette tactique doit s'accompagner de la mise en place préalable de l'ensemble des processus opérationnels permettant une prise en charge sécurisée en ambulatoire. À l'inverse, au CH2, la direction avait fait le choix de surseoir à la fermeture prévue de lits de chirurgie conventionnelle dans l'attente de la conclusion d'un partenariat avec un centre hospitalier voisin, pouvant impacter son activité. Selon le cadre supérieur du pôle de chirurgie de cet établissement, cette absence de contrainte capacitaire n'incitait pas au développement de l'ambulatoire car elle laissait la possibilité matérielle de reproduire les habitudes de l'hospitalisation conventionnelle.

Ces deux études de cas plus approfondies permettent donc d'*appréhender d'autres facteurs possiblement explicatifs* de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour la progression dans le virage ambulatoire, dont notre analyse des conditions managériales n'a pas rendu compte. En effet, les conditions que nous avons retenues pour cette analyse laissent environ un tiers des cas de notre échantillon inexpliqué. Cette étude complémentaire de deux cas, bien que limitée à l'illustration de seulement deux stratégies conduites dans des contextes globalement favorables au virage ambulatoire, montre que des conditions managériales qui n'avaient pas été identifiées à travers notre étude exploratoire et notre revue de la littérature ont pu jouer. De plus, l'interférence avec d'autres projets de transformation, comme celui du partenariat territorial du CH2, a pu aussi avoir un effet sur la progression dans le virage ambulatoire. En outre, les établissements régulés ont pu, comme le CH3, avoir recours à d'autres dispositifs de légitimation externe que ceux proposés par le Plan triennal. Enfin, le cas du CH3 renvoie à l'importance des conditions opérationnelles de la progression dans le virage ambulatoire, puisque la gestion de projet a été principalement axée sur cette gestion opérationnelle. Un chirurgien de cet établissement, qui est passé de résistant à promoteur du virage ambulatoire au cours du projet de transformation, a résumé cette importance dans la citation suivante. Interrogé durant l'entretien sur ce qui pouvait expliquer que certains de ses confères demeurent opposés au virage ambulatoire, ce chirurgien a affirmé : « C'est plutôt la cinétique, la vitesse à laquelle on adhère. Tout le monde est d'accord. [...] Ensuite, c'est un vrai effort. Si on ne change pas de logiciel d'organisation on va [vers] des catastrophes. [...] C'est pas difficile mais il faut être préparé. »

Dans son ensemble, notre étude des conditions managériales de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée dans 116 cas d'établissements ayant participé au programme de mentorat de l'ANAP au cours du Plan triennal met en évidence quatre stratégies réussies de conduite du changement ambulatoire en chirurgie dans cet échantillon. Ces stratégies ont été mises en œuvre dans des contextes distincts en termes de dynamiques intra-organisationnelles. Les dispositifs d'accompagnement ont contribué à l'efficacité de deux de ces stratégies : 1. les stratégies de légitimation externe du changement dans les contextes où les professionnels de l'établissement étaient majoritairement hostiles au virage ambulatoire ; et 2. les stratégies de pilotage par les objectifs, pour lesquelles les dynamiques intra-organisationnelles sont indifférentes. Dans les stratégies de légitimation externes du changement, les dispositifs d'accompagnement de l'ANAP ont été utilisés par les porteurs du changement en même temps que les dispositifs de contrainte liés à la contractualisation réactive avec les régulateurs secondaires, alors que le recours à d'autres dispositifs de régulation n'a pas été systématique dans les stratégies de pilotage par les objectifs. À

l'inverse, pour les stratégies de recherche de soutiens au virage ambulatoire, les aides reçues des régulateurs secondaires ont suffi à participer à l'efficacité de la démarche de changement. L'utilisation des dispositifs de monitorage n'apparaît pas comme ayant pas joué un rôle, positif ou négatif, dans l'efficacité des stratégies de conduite du changement ambulatoire en chirurgie déployées au sein de notre échantillon. Enfin, le recours aux dispositifs de régulation quels qu'ils furent n'a pas eu d'effet déterminant sur l'efficacité des stratégies de mobilisation des dynamiques internes majoritairement favorables au virage ambulatoire en chirurgie.

Notre enquête de terrain auprès de deux établissements présentant de telles dynamiques a confirmé cette conclusion, puisque l'usage des dispositifs de régulation du Plan triennal n'a pas empêché la régression dans le virage ambulatoire dans un cas et n'a pas constitué un apport manifeste à la progression dans l'autre cas. Cette enquête de terrain a en outre permis de vérifier notre hypothèse, tirée de l'analyse des configurations d'échec du virage ambulatoire, que l'absence de mobilisation des acteurs internes dans la gestion du projet de changement peut nuire au succès de ce dernier lorsque les groupes professionnels internes à l'organisation sont majoritairement en accord avec le changement proposé. En revanche, ces investigations complémentaires nous ont amenés à réviser notre hypothèse sur le possible effet contre-productif d'un plan de communication dans ces contextes réformateurs. Il semble que ce soit davantage le fait d'avoir privilégié le dialogue opérationnel sur la communication formelle qui a pu servir la réussite des projets de chirurgie ambulatoire dans ces contextes. D'autres enquêtes de terrain auraient été nécessaires pour tester nos hypothèses relatives à l'importance d'un plan de communication ou d'un recours aux dispositifs contraignants de régulation pour l'efficacité des projets de changement en contextes adverses. Néanmoins, ces deux cas nous renseignent déjà sur les facteurs potentiellement explicatifs du changement ambulatoire que nous n'avons pas pris en compte dans notre analyse configurationnelle compartive. Sur le plan des leviers managériaux, l'imposition d'une contrainte matérielle – en l'occurrence, sur les capacités d'hospitalisation complète – empêchant la reproduction des cadres d'organisation préexistants, ainsi que les interférences possibles avec d'autres projets de transformation ou d'autres sources de légitimation externes que celles du Plan triennal ont pu influencer la progression dans ce virage. De surcroît, notre dernière étude approfondie de cas rappelle que les modalités de gestion des processus opérationnels concernés par le virage ambulatoire en chirurgie ont pu également conditionner cette progression.

Les conditions opérationnelles de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée pour le virage ambulatoire en chirurgie

La modélisation du fonctionnement de l'autorégulation dans le cadre du Plan triennal issue de notre étude exploratoire de cas, que nous avons présentée en fin du chapitre précédent, a mis en évidence que les dispositifs de régulation ont pu avoir un effet sur l'adoption du cadre d'hospitalisation ambulatoire à travers les modifications que ces dispositifs ont amenées dans la gestion des processus opérationnels et des ressources humaines des établissements régulés. Il ressort de cette modélisation, schématisée en figure 4.9, que même les leviers managériaux, que nous venons d'examiner, n'ont eu un effet sur les facteurs clés du virage ambulatoire que

par le truchement de ces leviers opérationnels. Il en découle que *la pertinence des modalités de gestion des processus opérationnels et des ressources humaines promues par l'intermédiaire pour le virage ambulatoire* a pu affecter l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal. Bien que ces modalités de gestion opérationnelle aient été aussi portées par d'autres dispositifs, le Macrodiag a centralisé et synthétisé les éléments de diagnostic et d'évaluation opérationnels fournis par l'ANAP au cours du Plan triennal. C'est pourquoi nous avons pris les données recueillies avec cet outil comme base de notre analyse des conditions opérationnelles de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal. De plus, l'intégration dans cette analyse de l'avis des référents thématiques de l'ANAP sur les pratiques recensées dans l'outil qu'ils estimaient essentielles pour le virage ambulatoire en chirurgie nous a permis de prendre en compte les recommandations opérationnelles que ces référents avaient pu fournir par ailleurs sur ces thématiques.

Les résultats de l'analyse configurationnelle comparative que nous avons menée sur les 113 cas pour lesquels des données suffisamment exhaustives sur les huit thématiques retenues en chirurgie étaient disponibles montre tout d'abord que *la présence de l'ensemble des pratiques jugées essentielles par les référents ANAP était très rare* dans cet échantillon en gestion des lits, des blocs opératoires ainsi que des urgences, et inexistante sur les thématiques ressources humaines, imagerie et consultations externes. Ces pratiques essentielles constituant le critère d'appartenance à chacune de ces conditions opérationnelles, ces conditions n'étaient que marginalement présentes ou complètement absentes de notre échantillon. Sur les thématiques brancardage et chirurgie ambulatoire en revanche, les pratiques estimées comme essentielles par le référent concerné se retrouvaient dans un tiers de l'échantillon environ. Le tableau 5.10 ci-dessous fournit une vision détaillée de l'appartenance à chaque condition opérationnelle ainsi qu'à la variable de résultat de notre analyse – la progression dans virage ambulatoire en chirurgie entre 2014 et 2016 – au sein de notre échantillon d'établissements.

Tableau 5.10 : Appartenances aux conditions opérationnelles et progression dans le virage ambulatoire en chirurgie au sein de l'échantillon étudié (en nombre de cas)

Conditions opérationnelles	Pleine appartenance (score = 1)	Appartenance (score ≥ 0,5)	Non-appartenance (score < 0,5)	Pleine non-appartenance (score = 0)	Total
Brancardage	1	37	76	0	113
Ressources humaines	0	0	113	0	113
Gestion des lits	0	5	108	0	113
Chirurgie ambulatoire	3	42	71	1	113
Blocs opératoires	1	2	111	0	113
Imagerie	0	0	113	0	113
Urgences	4	5	108	0	113
Consultations externes	0	0	113	0	113
Progression dans le virage ambulatoire					
En chirurgie	0	91	22	0	113

Le tableau 5.10 permet de comprendre qu'étant donné cette distribution des scores d'appartenance dans notre échantillon, l'absence des pratiques estimées essentielles pour le virage ambulatoire représentait une condition triviale en gestion des ressources humaines, de l'imagerie et des consultations externes, ainsi qu'une condition quasi-triviale pour la gestion des lits, des blocs opératoires et des urgences. Par conséquent, l'analyse des relations de nécessité était biaisée sur l'ensemble de ces thématiques. Les scores de cohérence des relations de nécessité n'étaient donc interprétables que pour le brancardage et la chirurgie ambulatoire. Ces scores n'ont pas indiqué que ces deux conditions, ou leur absence, étaient nécessaires à la progression ou à la régression dans le virage ambulatoire en chirurgie.

Les résultats de l'analyse des relations de suffisance, exposés dans le tableau 5.11 ci-contre, font ressortir deux configurations de progression et une configuration de régression. Pour les deux ensembles de résultats – progression et régression – nous avons choisi la solution parcimonieuse, car cette option offrait le moins mauvais degré de couverture des cas observés tout en demeurant au-delà ou proche du seuil de cohérence de 80 %. En effet, même si peu de cas appartiennent à chacune de ces configurations, elles permettent d'expliquer plus de la moitié du total des scores de progression ou de régression dans notre échantillon. Les configurations de progression présentent un haut degré de cohérence – supérieur à 90 % – tandis que la configuration de régression avoisine le seuil de 80 %. La première configuration de progression dans le virage ambulatoire en chirurgie – notée C1 dans le tableau 5.10 – regroupe des cas où les pratiques essentielles liées au brancardage et à la chirurgie ambulatoire étaient en place. Toutes les autres conditions opérationnelles apparaissent indifférentes à cette progression dans cette configuration. D'une manière similaire, l'ensemble des conditions opérationnelles sont indifférentes dans la seconde configuration – notée C2 – à l'exception des pratiques jugées essentielles pour la gestion des urgences. Néanmoins, la configuration de régression dans le virage ambulatoire – notée C2 – indique que l'absence des pratiques identifiées comme essentielles en chirurgie ambulatoire suffit à causer cette régression en présence des mêmes pratiques aux urgences. Au global, il peut par conséquent en être déduit de cette analyse configurationnelle comparative que *seules les pratiques de gestion du brancardage et des UCA retracées par le Macrodiag ont suffi à entraîner une progression dans le virage ambulatoire en chirurgie*, puisque l'examen des cas de régression invalide la seconde configuration de progression impliquant uniquement les urgences.

Tableau 5.11 : Configurations opérationnelles suffisantes à la progression ou à la régression dans le virage ambulatoire en chirurgie

Résultat	Progression		Régression
Configuration	**C1**	**C2**	**C3**
Brancardage	●		
Ressources humaines			
Gestion des lits			
Chirurgie ambulatoire	●		○
Blocs opératoires			
Imagerie			
Urgences		●	●
Consultations externes			
Nombre de cas couverts	*15*	*5*	*2*
Cohérence	0.93	0.94	0.79
Couverture	0.55	0.56	0.58
Couverture propre	0.07	0.08	0.58
Cohérence totale	0.90		0.79
Couverture totale	0.63		0.58

La condition est présente = ●; la condition est absente = ○ ; la condition est indifférente = vide

Nos enquêtes de terrain confirment en outre que *les conditions jugées essentielles par le référent ANAP en chirurgie ambulatoire se retrouvent bien toutes dans le cas de déplacement institutionnel – le CH3 – mais pas dans celui de résistance – le CH3*. Comme précisé en annexe 2, ces conditions concernaient l'absence de tensions entre chirurgiens et anesthésistes, la présence d'un praticien leadeur sur l'ambulatoire et d'effectifs suffisants de médecins anesthésistes, l'acceptation des praticiens de changer leur organisation de travail pour favoriser le développement de l'ambulatoire, et le pilotage de l'UCA par une équipe projet se réunissant régulièrement. L'évolution des techniques anesthésiques et opératoires a été citée dans les deux établissements comme la condition princeps ayant permis le développement de l'ambulatoire. Le chirurgien avec lequel que nous avons eu un entretien au CH3 a souligné l'importance des protocoles anesthésiques et analgésiques dans la prise en charge ambulatoire, tandis que l'anesthésiste avec lequel nous avons échangé au CH2 a affirmé que la prise de décision centrale pour cette prise en charge revenait au chirurgien. Ces deux exemples témoignent par conséquent de l'interdépendance des pratiques des chirurgiens et des anesthésistes dans la mise en place de la chirurgie ambulatoire. Aucune des deux équipes projet interrogées n'a fait mention de tensions entre chirurgiens et anesthésistes ni de manques d'effectifs en médecins anesthésistes. Pareillement, des réunions régulières, appelées « staffs » ont été instaurées dans les deux cas pour la gestion opérationnelle de l'UCA. Toutefois, alors qu'au CH3 le chirurgien que nous avons rencontré était clairement positionné comme promoteur du virage ambulatoire vis-à-vis de ses confrères, il ne nous a pas été désigné d'homologue au CH2. Dans ce dernier établissement, la promotion du virage ambulatoire en chirurgie reposait davantage sur le médecin anesthésiste coordinateur de l'UCA. Or, comme il l'a déclaré lui-même dans une citation que nous avons déjà retranscrite précédemment, ses efforts pour convaincre les opérateurs chirurgicaux ont porté leurs fruits

avec la plupart d'entre eux mais pas avec tous. Les résultats du Macrodiag pour cet établissement reflètent cette réalité, puisque l'équipe projet a répondu « non » à la question : « Y a-t-il un praticien leadeur sur l'ambulatoire qui pourrait se positionner comme "chef de projet médical" pour le développement de la chirurgie ambulatoire ? ». Cette équipe a par ailleurs indiqué que la majorité des praticiens étaient près à adapter leur organisation, ce que nous avons déjà noté précédemment dans notre analyse des dynamiques internes à cet établissement, mais, comme nous l'avons explicité, la stratégie d'embarquement des praticiens résistants à ce changement n'a pas eu la même efficacité qu'au CH3. Ainsi, bien que le CH3 n'aie pas rempli la seconde version du Macrodiag servant de base à notre analyse, nous avons pu vérifié dans ces deux cas la pertinence des conditions opérationnelles désignées par le référent thématique ANAP comme essentielles pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

Le brancardage est également ressorti de notre enquête comme une problématique opérationnelle liée au virage ambulatoire. Les cadres et médecins que nous avons interrogés ont notamment déclaré que l'intensification des flux de patients qu'impliquait le virage ambulatoire pouvait alourdir la charge de travail des brancardiers. Néanmoins, l'enjeu de la gestion des flux de patients a été abordé de manière plus large que sous le seul aspect du brancardage dans les deux cas. La question de la mobilité des patients apparaît dans les propos des professionnels de ces établissements davantage sous l'angle de la « verticalisation » du patient, c'est-à-dire à travers l'évocation des pratiques visant à éviter, autant que possible médicalement, l'alitement du patient. Par exemple, cette verticalisation des patients a conduit à remplacer les lits par des fauteuils pour des opérations des membres supérieurs. Comme l'évoque l'étymologie même du mot ambulatoire, cette prise en charge suppose que le patient puisse davantage marcher que dans le cadre de l'hospitalisation conventionnelle. Cependant, l'alitement est parfois médicalement inévitable, même en chirurgie ambulatoire. La gestion du brancardage a alors un impact sur la fluidité du parcours des patients, notamment entre l'UCA et le bloc. Sans cette fluidité, la rotation des patients est ralentie et il devient plus difficile de faire tenir le programme opératoire dans les créneaux horaires de la chirurgie ambulatoire. C'est pourquoi *l'association du brancardage aux pratiques de chirurgie ambulatoire dans la configuration de conditions opérationnelles suffisante au virage ambulatoire en chirurgie apparaît cohérente avec le discours des professionnels* que nous avons entendu au CH2 et au CH3.

Concernant cinq des six autres thématiques de notre analyse, notre étude de deux cas extrêmes met en lumière *des pratiques potentiellement pertinentes pour le virage ambulatoire en chirurgie qui n'ont pas été recensées dans la seconde version du Macrodiag*. Dans la mesure où ces pratiques ont été mise en œuvre uniquement au CH3 et pas au CH2, et qu'elles ont, selon les professionnels que nous avons interrogés au CH3, favorisé le virage ambulatoire en chirurgie dans cet établissement, elles peuvent en effet être considérées comme de potentielles conditions opérationnelles pour ce virage. Il s'agit, pour la gestion des blocs opératoires, de la programmation des flux ambulatoires le matin. Cette pratique a invité à repenser les habitudes de programmation au bloc, car les interventions les plus lourdes, moins fréquemment éligibles à l'ambulatoire, étaient auparavant prévues en début de programme. Aux consultations externes comme aux urgences, l'évolution des pratiques a consisté à programmer les hospitalisations en ambulatoire pour les patients éligibles lors de leur venue à l'hôpital. En gestion des lits, le CH3 a mis en place une cellule de programmation destinée à

prévoir l'organisation de l'hospitalisation des patients dans un délai de cinq jours suivant leur consultation. Les responsables de cette cellule nous ont précisé que celle-ci traitait de l'ensemble des séjours hospitaliers et non pas uniquement des séjours ambulatoires. Cette cellule centralise ainsi toutes les demandes d'hospitalisation et a pour mission de trouver et de réserver les capacités disponibles en fonction des modes de prise en charge et des durées prévisionnelles de sortie communiquées par les secrétariats médicaux. En gestion des ressources humaines, le passage à l'ambulatoire de certains actes chirurgicaux a demandé que les infirmières de l'UCA se forment auprès de leurs collègues du service de spécialité qui prenaient jusqu'alors en charge les patients admis pour ces actes en hospitalisation conventionnelle. L'instauration de la cellule de programmation a en outre entraîné la création d'une fonction nouvelle, celle de « programmatrice », définie par une fiche de poste et pourvue par recrutement. La gestion des services d'imagerie n'a en revanche pas été évoquée lors de nos entretiens dans ces deux cas extrêmes. Pourtant, le délai d'obtention d'un rendez-vous et d'un compte-rendu d'imagerie pour les patients hospitalisés peut affecter les DMS. Si ces questions de délais font bien partie des pratiques jugées essentielles pour le virage ambulatoire par les référents ANAP de cette thématique, elles sont prises en compte parmi de nombreuses autres pratiques, ce qui n'a pas permis de tester leur pertinence particulière pour le virage ambulatoire en chirurgie à travers notre analyse configurationnelle comparative.

Notre enquête de terrain suggère par conséquent que certaines pratiques opérationnelles pertinentes pour le virage ambulatoire en chirurgie n'ont pas été prises en compte par le Macrodiag, ce qui peut expliquer que les autres thématiques que le brancardage et la chirurgie ambulatoire apparaissent comme indifférentes dans notre analyse configurationnelle comparative, et que nos résultats ne couvrent au final qu'un nombre limité de cas de notre échantillon. La raison de cette identification très partielle des conditions opérationnelles pertinentes pour le virage ambulatoire en chirurgie dans le Macrodiag peut être due aux *conditions de production de cet outil*. En effet, les référents ANAP que nous avons rencontrés pour déterminer les pratiques essentielles ont tous rappelé, au début de chaque entretien, que les questionnaires avaient dû être élaborés dans un délais de quelques jours, sur la base des outils thématiques déjà existants. Ces conditions ont donc laissé très peu de temps à ces référents afin de sélectionner les questions pertinentes pour le virage ambulatoire dans ce matériau qui n'avait pas été conçu en vue de ce changement organisationnel particulier. En outre, les référents n'ont pas eu le temps d'échanger entre eux pour réfléchir aux liens entre les thématiques. Il en est donc résulté un outil peu intégré, moins axé sur les conditions opérationnelles spécifiques au virage ambulatoire que sur les pratiques que l'ANAP pouvait considérer comme généralement bonnes dans la gestion de chaque processus pris isolément, au regard de ses connaissances antérieures sur ce processus. Or, comme l'a exprimé le CPO du CH3 dans sa critique du Macrodiag, le virage ambulatoire en chirurgie suppose au contraire d'intégrer les différents processus pertinents pour ce virage dans une prise en charge continue. Selon ses propres termes :

« La vie hospitalière c'est un process systémique. Sauf que l'ANAP forcément distingue les différents métiers, les différentes étapes de ce process, les fige et mesure des performances je dirais presque autistes d'[un] service. [...] Et nous on a travaillé sur ces liens là. Sur cette pertinence, [sur] cette continuité qu'il faut. »

La vision lacunaire et cloisonnée par processus des conditions opérationnelles du virage ambulatoire incorporée dans le Macrodiag a pu ainsi détourner des équipes projet de son usage. Néanmoins, cela ne signifie pas que l'action de l'ANAP dans son ensemble n'ait pas été efficace pour le virage ambulatoire en chirurgie, faute de pertinence opérationnelle. Comme nous l'avons vu dans notre étude exploratoire, ce sont avant tous les dispositifs d'accompagnement qui ont pu avoir un effet direct sur la gestion des processus opérationnels. Quand bien même le Macrodiag n'offrait pas une vision exhaustive de ces processus pour le virage ambulatoire, les équipes projet accompagnées pouvaient trouver dans les retours d'expérience des autres établissements ou dans les connaissances techniques apportées par les mentors des pratiques qu'elles pouvaient juger pertinentes et tenter, comme nous l'avons mentionné au chapitre 4, de les adapter pour correspondre à la situation particulière de leur établissement. De plus, les leviers managériaux que les dispositifs de régulation souple intermédiée ont contribué à activer avec succès, dans les contextes d'opposition majoritaire ou d'indifférence au virage ambulatoire, ont pu permettre aux équipes projet d'influencer la gestion des processus opérationnels. L'ANAP n'avait donc pas à véhiculer elle-même les pratiques opérationnelles pertinentes en vue du virage ambulatoire en chirurgie pour que ces pratiques soient identifiées par les établissements régulés et se mettent en place. Les équipes projet pouvaient expérimenter par elles-mêmes ces pratiques ou les emprunter à d'autres établissements sans que l'ANAP elle-même en fût le porteur. Néanmoins, même dans ces cas, les dispositifs d'accompagnement pouvaient être utiles pour construire un discours de légitimation de ces pratiques ou un système de pilotage par objectifs incitant au développement de ces pratiques. Par conséquent, la faible pertinence du Macrodiag pour le virage ambulatoire en chirurgie ne pose pas un problème alèthurgique, en ce que cette faiblesse n'a pas empêché les organisations régulées de se redéfinir en tant que sujets collectifs, mais plutôt épistémologique, en ce qu'elle limite le savoir disponible sur les conditions opérationnelles de ce virage. L'exemple du Macrodiag illustre que ce savoir est différent de l'expertise relative à chacun des processus opérationnel impliqués dans ce virage.

Dans sa globalité, notre analyse des conditions de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal révèle *le caractère contingent de cette efficacité*. En effet, ces dispositifs ont été efficaces lorsqu'ils ont permis aux équipes projet devant porter le virage ambulatoire en chirurgie d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies de conduite de ce changement adaptées aux dynamiques internes à leurs établissements. Ces dispositifs ont ainsi montré leur efficacité dans des contextes d'opposition majoritaire au virage ambulatoire et d'indifférence des groupes professionnels composant l'organisation hospitalière vis-à-vis de ce virage. Dans les premiers cas, les dispositifs de régulation souple intermédiée ont servi, conjointement aux dispositifs plus contraignants dépendant des régulateurs secondaires, à déployer des stratégies réussies de légitimation externe du changement. Dans les seconds cas, ils ont aidé à la mise en place d'un pilotage par objectifs du virage ambulatoire, en fournissant des éléments de comparaison et en donnant accès à des expériences d'autres établissements pouvant justifier les objectifs retenus. Dans les cas de dynamiques internes plus conflictuelles, en revanche, l'emploi des dispositifs de régulation souple intermédiée n'a pas déterminé l'efficacité des stratégies de recherche de soutien, alors que les dispositifs d'allocation de ressources par les régulateurs secondaires ont eux contribué à la réussite de ces stratégies. Enfin, dans les cas de dynamiques internes majoritairement favorables au virage ambulatoire,

l'utilisation des dispositifs de régulation dans leur globalité n'a pas joué de rôle essentiel pour la progression dans le virage ambulatoire. Ainsi que le confirme notre enquête complémentaire auprès de deux cas extrêmes d'adoption et de rejet de ce cadre d'organisation dans de tels contextes, c'est la mobilisation des acteurs internes dans la gestion du projet de changement organisationnel qui a occupé une place centrale dans l'avancée de ces établissements.

Les dispositifs souples de régulation portés par l'intermédiaire au cours du Plan triennal ont ainsi pu être efficaces, seuls ou interaction avec les dispositifs plus durs à la main des régulateurs secondaires, pour le virage ambulatoire en chirurgie, en dépit d'une opérationnalisation lacunaire de ce cadre d'organisation par cet intermédiaire. Ainsi que nous l'avons noté dans notre description du fonctionnement national du régime de gouvernementalité du Plan triennal au quatrième chapitre, l'ANAP n'a pas diffusé durant ce Plan un cadre d'organisation qu'elle aurait défini au préalable. Elle a mis à la disposition d'équipes projet agissant dans des établissements régulés des ressources de légitimité, à travers notamment l'accès à l'expérience d'autres établissements et l'intervention de tiers extérieurs, de manière à ce que ces équipes puissent être en capacité de construire ce cadre par elles-mêmes. Il en résulte que l'efficacité de l'action de l'ANAP pour la progression dans le virage ambulatoire des établissements de santé a moins tenu à son expertise thématique propre ou à l'exhaustivité de son travail d'opérationnalisation du cadre d'hospitalisation ambulatoire qu'à sa faculté de rendre les porteurs de ce changement capables de le mettre en œuvre dans des contextes où l'accompagnement qu'elle proposait pouvait leur être utile. Notre analyse des conditions de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal permet donc de constater que l'*effet de capacitation contingente de l'intermédiation que nous avons observé au niveau des régulateurs secondaires dans le chapitre précédent a également joué au niveau des établissements régulées*. Cette étude apporte donc un nouvel élément de réponse à notre troisième question de recherche, en ce qu'elle concerne les effets des dispositifs de régulation souple intermédiée sur les organisations régulées (QR3A). Il convient toutefois de noter qu'à ce niveau de régulation cet effet n'a pas été propre à l'intermédiaire, car, comme nous l'avons vu, les régulateurs secondaires du Plan ont eux aussi participé à cette capacitation dans deux types de contextes organisationnels : l'opposition majoritaire et le conflit interne vis-à-vis du virage ambulatoire. En outre, l'exemple de l'ANAP montre que l'intermédiaire peut lui-même avoir recours à d'autres intermédiaires, tels que des consultants ou des professionnels exerçant dans d'autres établissements que celui qui est l'objet de son intermédiation, pour fournir l'aide opérationnelle qui peut renforcer les capacités d'actions des porteurs internes du changement.

Enfin, notre exploitation du Macrodiag illustre bien que l'expertise que peut posséder un intermédiaire ne se confond pas avec sa faculté d'opérationnalisation des cadres d'organisation promus par le régulateur. Cette faculté demande le temps nécessaire à l'identification des pratiques organisationnelles pertinentes pour ce cadre particulier ainsi que des relations qui peuvent exister entre ces pratiques. Cet enseignement constitue une indication sur les effets de la régulation souple intermédiée pour les régulateurs et leurs intermédiaires (QR3B) en ce qu'il souligne *l'importance des conditions d'opérationnalisation des cadres d'organisation dans ce type de gouvernance de la régulation*. Cette question de la pertinence des pratiques organisationnelles s'étend par ailleurs au-delà de l'analyse des conditions de l'efficacité des dispositifs de régulation. Elle concerne également leur utilité, au

sens donné à ce mot en évaluation des politiques publiques, c'est-à-dire la correspondance de ces dispositifs aux besoins des parties prenantes du système de santé. En effet, l'efficacité des dispositifs de régulation en termes de résultats, c'est-à-dire en termes de développement par les organisations régulées des cadres souhaités, ne garantit pas que ces cadres vont bien générer les impacts attendus par le régulateur. Aussi la pertinence de ces cadres pour ces impacts doit-elle être vérifiée.

Section 3 : L'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal.

Nous avons vu au quatrième chapitre que la technologie sécuritaire du Plan triennal avait pour but premier de couvrir un risque accru de déficits financier en transformant les organisations régulées afin de les aider à conserver leur équilibre économique. Le principal impact que le régulateur primaire attendait du virage ambulatoire, tant en chirurgie qu'en médecine, était par conséquent un maintien des équilibres d'exploitation des établissements de santé dans une période de modération tarifaire. Nous avons également noté au troisième chapitre que l'indicateur retenu pour apprécier cet équilibre, notamment depuis l'instauration du COPERMO en 2013, est le taux de marge brute (TMB). Évaluer l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal par rapport à l'objectif prioritaire du régulateur primaire revient donc à mesurer l'impact de ces dispositifs sur le TMB des établissements de santé, en interrogeant le lien entre les variables d'adoption du cadre d'organisation ambulatoire et cette variable d'impact. Le raisonnement économique du régulateur touchant les deux secteurs, nous avons inclus la médecine dans cette évaluation, bien que l'ambulatoire n'ait pas constitué, comme en chirurgie, un cadre alternatif global d'organisation pour cet ensemble de spécialités sur la période du Plan triennal. En outre, l'adoption d'un nouveau cadre d'organisation dans les établissements de santé peut aussi avoir des impacts autres qu'économiques pour les différentes parties prenantes du système de santé, notamment pour les professionnels travaillant dans ces établissements ainsi que pour leurs patients. Toutefois, en l'absence de données nationales publiques sur les conditions de travail des professionnels exerçant à l'hôpital, ainsi que sur l'expérience et l'état de santé individuels des patients, nous n'avons pas pu évaluer ces impacts non économiques un niveau systémique. C'est pourquoi nous avons dû nous limiter à retracer ces impacts possibles tels qu'ils nous ont été décrits par les professionnels que nous avons rencontrés au cours de nos cinq études de cas approfondies – c'est-à-dire nos trois cas exploratoires et nos deux cas extrêmes.

L'utilité économique des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal

La mesure de l'efficacité à deux ans des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal que nous avons présentée en première section de ce chapitre indique que ces dispositifs ont eu un effet sur deux des variables du virage ambulatoire hospitalier : le taux de chirurgie ambulatoire et la DMS en médecine complète. Il convient par conséquent de se demander si ces effets ont eu un impact conforme à celui attendu, c'est-à-dire un impact positif sur la préservation de l'équilibre économique des établissements ayant bénéficié de ces dispositifs. La comparaison de l'évolution des TMB moyens et médians dans les établissements observables des groupes consolidés de traitement et de contrôle, après exclusion de six valeurs extrêmes, telle qu'elle apparaît dans le tableau 5.12 ci-après, invite à une réponse négative, puisqu'elle ne signale *pas d'impact significatif des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal sur le TMB durant les deux premières années du Plan*. En effet, les différences d'évolution de cet indicateur entre cette période et la période précédente révèlent un écart statistiquement non significatif de 0,07 point en moyenne et d'1 point en médiane entre le groupe de traitement et le groupe de contrôle. La tendance au rapprochement des niveaux moyens et médians de TMB des deux groupes, déjà visible entre 2012 et 2014, s'est confirmée entre 2014 et 2016. Alors que l'écart d'évolution entre les deux groupes était de 0,28 point en moyenne et de 1,2 point en médiane entre 2012 et 2014, il s'est même réduit à approximativement 0,2 point entre 2014 et 2016. Si bien que l'écart absolu entre les niveaux moyens de TMB des groupes n'était plus que de 0,12 en 2016, contre 0,32 en 2014 et 0,6 en 2012 ; dans le même temps, l'écart absolu entre leurs niveaux médians est passé de 1,3 point en 2012 à 0,1 point en 2014 et 2016. Les tests unilatéraux de Wilcoxon à deux échantillons, réalisés en l'absence de vérification simultanée de la condition de distribution normale des valeurs dans les deux groupes, confirment que, si le niveau de TMB était bien significativement supérieur dans le groupe de contrôle en 2012, les deux groupes ont suivi depuis lors une tendance d'évolution commune, les amenant à des niveaux de TMB comparables.

Toutefois, il est intéressant de remarquer que cette évolution peut être considérée, avec de très faibles risques d'erreur, comme significative dans le temps pour chacun des deux groupes pris isolément, selon les résultats des tests de rangs signés. Sur les deux périodes étudiées, le taux de marge brute des établissements se dégrade significativement, d'abord de 1,1 point en moyenne et de 0,8 point en médiane dans le groupe de traitement, ainsi que de 1,4 point en moyenne et de 2 points en médiane dans le groupe de contrôle, puis de 0,7 point en moyenne et de 0,5 point en médiane dans le groupe de traitement ainsi que de 0,9 point en moyenne et de 0,7 point en médiane dans le groupe de contrôle. Bien que cette dégradation soit légèrement moins forte entre 2014 et 2016 qu'entre 2012 et 2014, les tests de rangs signés n'ont pas renvoyé à des probabilités significatives de différences d'évolution entre ces deux périodes. Il peut donc en être déduit que *les dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal n'ont pas enrayé au bout de deux ans la détérioration du TMB des établissements qui y ont participé*, puisque ces établissements ont connu sur les deux premières années du Plan une chute de cet indicateur comparable à celle de la période antérieure et à celle du groupe de contrôle.

Tableau 5.12 : Évolution comparée du taux de marge brute dans les groupes consolidés de traitement et de contrôle

Moyennes	**2012**	**2014**	***Évol. ex ante***	**t**	**2016**	***Évol. ex post***	**t**	***Différence***	**t**
Groupe de traitement (N = 151)	6,897 %	5,766 %	*-1,131*		5,064 %	*-0,702*		*0,429*	
Groupe de contrôle (N = 181)	7,496 %	6,088 %	*-1,408*		5,188 %	*-0,901*		*0,507*	
Ecart	*-0,599*	*-0,322*	*0,277*		*-0,124*	*0,199*		***-0,078***	
t									
Médianes	**2012**	**2014**	***Évol. ex ante***	**S**	**2016**	***Évol. ex post***	**S**	***Différence***	**S**
Groupe de traitement (N = 151)	6,5 %	5,7 %	*-0,8*	***	5,2 %	*-0,5*	**	*0,3*	*n.s.*
Groupe de contrôle (N = 181)	7,8 %	5,8 %	*-2*	***	5,1 %	*-0,7*	***	*1,3*	*n.s.*
Ecart	*-1,3*	*-0,1*	*1,2*		*0,1*	*0,2*		***-1***	
Z	**	*n.s.*	*n.s.*		*n.s.*	*n.s.*		***n.s.***	

Statistiques	*Tests correspondants*	*n.s. : différence non significative*
t	*Student*	** p < 0.05*
Z	*Wilcoxon à deux échantillons indépendants*	*** p < 0.01*
S	*Rang signé*	**** p < 0.001*

Cet absence d'impact économique significatif des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal, mesuré en TMB, peut *provenir soit de la faiblesse ou de la partialité des effets de ces dispositifs sur le virage ambulatoire*, dans la mesure où ces dispositifs n'ont que faiblement affecté deux des six variables de ce cadre d'organisation, *soit du manque de pertinence de cadre pour le maintien de l'équilibre économique des établissements de santé*. Notre modélisation sur données de panel permet de tester la validité de ces deux propositions en interrogeant l'impact des variables du cadre d'organisation ambulatoire sur le TMB pour la période allant de 2014 à 2016. Comme nous l'avons précisé au troisième chapitre, nous avons pu constituer à l'aide des bases de données nationales un panel de 244 établissements ayant eu une activité correspondant au périmètre du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine sur cette période. Le tableau 5.13 ci-après reporte les statistiques descriptives de ce panel ainsi que les coefficients de corrélation entre les variables de notre modélisation. Aucun de ces coefficients ne dépassant la valeur absolue de 0,8, les données du tableau 5.13 ci-contre n'indiquent pas de problèmes de colinéarité critique entre ces variables.

Tableau 5.13 : Statistiques descriptives du panel d'établissements (N = 244) et coefficients de corrélation entre variables indépendantes des modèles

Variables		Moyenne	Écart-type	Min.	Max.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
[1]	TA en chirurgie	41,05	10,64	4,25	88,48	1											
[2]	DMS en chirurgie	6,20	1,09	2,59	11,69	-0,49	1										
[3]	TU en chirurgie	85,91	19,27	35,8	215,9	-0,28	0,40	1									
[4]	TA en médecine	20,22	9,47	5,38	64,08	-0,12	0,22	0,07	1								
[5]	DMS en médecine	6,35	0,87	2,98	10,97	0,08	0,11	-0,03	-0,25	1							
[6]	TU en médecine	81,42	10,48	49,6	133,9	0,21	-0,11	-0,25	-0,20	0,37	1						
[7]	Coût du personnel non médical des services cliniques*	27,10	3,81	13,9	37,7	-0,02	0,01	0,08	-0,32	0,11	-0,03	1					
[8]	Coût du personnel médical des services cliniques*	10,87	2,69	5,4	24,8	0,28	-0,29	-0,20	-0,25	-0,01	0,07	0,38	1				
[9]	Coût du personnel des services médico-techniques*	17,37	4,05	6,8	33,1	0,11	-0,25	-0,25	-0,18	0,00	0,11	-0,03	0,09	1			
[10]	Dépenses administratives logistiques et techniques**	18,88	2,83	8,8	39,3	-0,11	0,00	-0,04	-0,08	0,02	0,12	-0,11	-0,07	0,30	1		
[11]	Activité***	25 899	26 989	2 676	191 862	-0,33	0,40	0,39	0,50	-0,22	-0,29	-0,20	-0,43	-0,30	-0,16	1	
[12]	Recette unitaire	5 630 €	778 €	3 347 €	9 989 €	-0,56	0,67	0,35	0,22	0,12	-0,15	-0,25	-0,40	-0,36	-0,08	0,50	1

* rapporté aux recettes T2A
** en pourcentage du budget total
*** en séjours et séances de médecine et de chirurgie

Le tableau 5.14 ci-après donne l'estimation des paramètres dans chacun des trois modèles que nous avons construits. Les effets fixes intégrés dans le premier modèle – noté (1) – incluant uniquement les variables de contrôle expliquent significativement mieux que le simple hasard – avec un risque d'erreur inférieur à 0,1 % – une part déjà très satisfaisante – près de 89 % – de la variance du TMB dans le panel. Toutes les variables du modèle, à l'exception de l'activité, ont une influence statistiquement significative – avec un risque d'erreur inférieur à 0,1 % ou 1 % – sur le TMB. Les variables de coûts de personnel rapportés aux recettes T2A ont la plus forte influence, avec des coefficients s'échelonnant de -0,54 à -0,62. Le signe de ces coefficients décrit une relation négative entre ces coûts et le niveau du TMB. À l'inverse, la variable tarifaire, mesurée à travers la recette unitaire moyenne des séjours et séances de chirurgie et de médecine dans chaque établissement du panel, impacte positivement le TMB, quoique de manière moins forte, avec un coefficient de 0,3. Les frais généraux, calculés en pourcentage du budget total d'un établissement, affectent quant à eux négativement le TMB, mais moins fortement encore, avec un coefficient de -0,14. Enfin, l'activité n'a pas d'impact significatif sur le TMB dans ce panel.

Ce premier modèle valide donc les arguments que nous avons relevés en première partie dans la littérature sur la tarification à l'activité, selon lesquels *l'adéquation des effectifs à l'activité et le niveau des tarifs sont les principaux déterminants de l'équilibre économique des établissements de santé* dans ce mode de financement. L'absence d'impact significatif de l'activité sur le TMB confirme également que le niveau d'activité ne se traduit pas systématiquement par une amélioration de la marge d'exploitation. Cette conclusion est cohérente avec le fonctionnement du système de fixation des tarifs en France, qui entraîne mécaniquement une baisse tarifaire si le volume d'activité s'accroît au niveau national. Ce modèle de contrôle permet également de vérifier que le poids des dépenses administratives, logistiques et techniques dans le budget d'un établissement peut en revanche grever sa marge d'exploitation, même si ces dépenses ont un impact relativement plus faible sur le TMB que l'adéquation des effectifs à l'activité et le niveau des tarifs.

Tableau 5.14 : Estimation des paramètres des modèles explicatifs du taux de marge brute

(N = 244)

	(1)	(2)	(3)
Constante	-1,238** (0,432)	-1,517** (0,508)	-1.521** (0,508)
Coût du personnel non médical des services cliniques	-0,622*** (0,066)	-0,606*** (0,067)	-0.604*** (0,067)
Coût du personnel médical des services cliniques	-0,541*** (0,069)	-0,526*** (0,069)	-0.53*** (0,07)
Coût du personnel des services médico-techniques	-0,561*** (0,055)	-0,535*** (0,056)	-0.536*** (0,056)
Dépenses administratives logistiques et techniques	-0,137** (0,043)	-0,137** (0,043)	-0.137** (0,043)
Activité	-0,305 (0,344)	-0,584 (0,368)	-0.575 (0,37)
Recette unitaire	0,308*** (0,092)	0,339** (0,102)	0.326** (0,103)
TA en chirurgie		0,033 (0,084)	0.02 (0,089)
DMS en chirurgie		-0,088 (0,082)	-0.092 (0,083)
TU en chirurgie		0,070 (0,048)	0.07 (0,048)
TA en médecine		0,027 (0,095)	0.04 (0,097)
DMS en médecine		-0,094 (0,084)	-0.094 (0,084)
TU en médecine		0,152** (0,052)	0.141** (0,053)
TA x DMS x TU en chirurgie			0.01 (0,033)
TA x DMS x TU en médecine			-0.027 (0,026)
Test F d'absence d'effets fixes	11,76***	10,93***	10,88***
R^2	88,69 %	88,96 %	88,98 %

Note : les erreurs types apparaissent entre parenthèses
** p < 0.05*
*** p < 0.01*
**** p < 0.001*

L'élévation marginale de la part expliquée de la variance du TMB liée à l'intégration des variables explicatives, constituées par les indicateurs du virage ambulatoire, dans notre deuxième modèle – noté (2) dans le tableau 5.14 – est très faible, puisqu'elle n'est que de 0,3 point. L'apport des variables posées comme explicatives dans notre modélisation pour la compréhension du TMB dans le panel est donc très limité. Une seule de ces variables impacte significativement le TMB : le TU des lits de médecine. Cet impact est positif, et la taille de cet effet, en valeur absolue, est du même ordre que celui des frais généraux. L'ensemble des paramètres de contrôle donne des résultats similaires à ceux du premier modèle. Ce second modèle montre par conséquent que le cadre d'organisation ambulatoire en chirurgie et en médecine, tel que défini à travers les indicateurs utilisés par le régulateur primaire et son intermédiaire, n'a pas eu d'impact significatif sur l'équilibre économique des établissements du panel de 2014 à 2016. Le TU des lits de médecine représente en effet une variable d'optimisation capacitaire qui n'est pas propre au cadre d'hospitalisation ambulatoire. Comme nous l'avons explicité dans notre échelle de mesure du changement, les autres cadres d'organisation dans le champ hospitalier peuvent eux aussi être optimisés du point de vue de l'utilisation des capacités d'hospitalisation complète. L'impact du TU de médecine renforce ainsi la conclusion selon laquelle c'est l'adéquation des ressources hospitalières à l'activité, que celle-ci ait ou non été pratiquée en ambulatoire, ainsi que le niveau des tarifs perçus, qu'ils aient ou non concernés des séjours ambulatoires, qui a déterminé le TMB des établissements du panel au cours de la période étudiée. Ces résultats invitent donc à *retenir la proposition selon laquelle c'est le manque de pertinence du cadre d'organisation ambulatoire pour l'équilibre d'exploitation des établissements de santé* qui peut expliquer l'absence d'impact économique des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal.

Les paramètres du troisième modèle – noté (3) dans le tableau 5.14 – confortent cette affirmation, puisque les effets croisés des variables du cadre d'hospitalisation ambulatoire en chirurgie comme en médecine ne sont pas significatifs. En outre, l'augmentation de 0,02 points de la part expliquée par la variance dans ce modèle est négligeable, compte tenu de l'accroissement du R^2 lié à l'ajout de toute variable. De plus, les estimations des autres paramètres demeurent très proches de celles du second modèle. Le fait que les interactions entre les variables du virage ambulatoire par secteur n'ont pas influencé le TMB dans notre panel suggère de *rejeter la proposition selon laquelle c'est la partialité des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal qui expliquerait l'absence d'impact économique de ces dispositifs*. D'après ce troisième modèle, un effet simultané sur l'ensemble des variables du cadre d'hospitalisation ambulatoire n'aurait pas eu d'impact significatif sur le TMB des établissements de santé.

Il doit néanmoins être rappelé que ces résultats sont issus d'un panel particulier d'établissements, correspondant au périmètre complet du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine. La validité de ces conclusions pour des établissements présentant un case-mix plus restreint reste donc à vérifier. Nous avons simplement pu constater, en comparant la proportion respective de la médecine et de la chirurgie dans l'activité et dans les recettes des établissements du panel à celle de 928 établissements ayant une activité en médecine et/ou en chirurgie retracée dans la base PMSI en 2014, qu'il n'existait pas de différence significative au commencement du Plan triennal entre notre panel et cette population plus générale d'établissements dans la répartition de l'activité par secteur. Les tests du χ^2 effectués sur ces

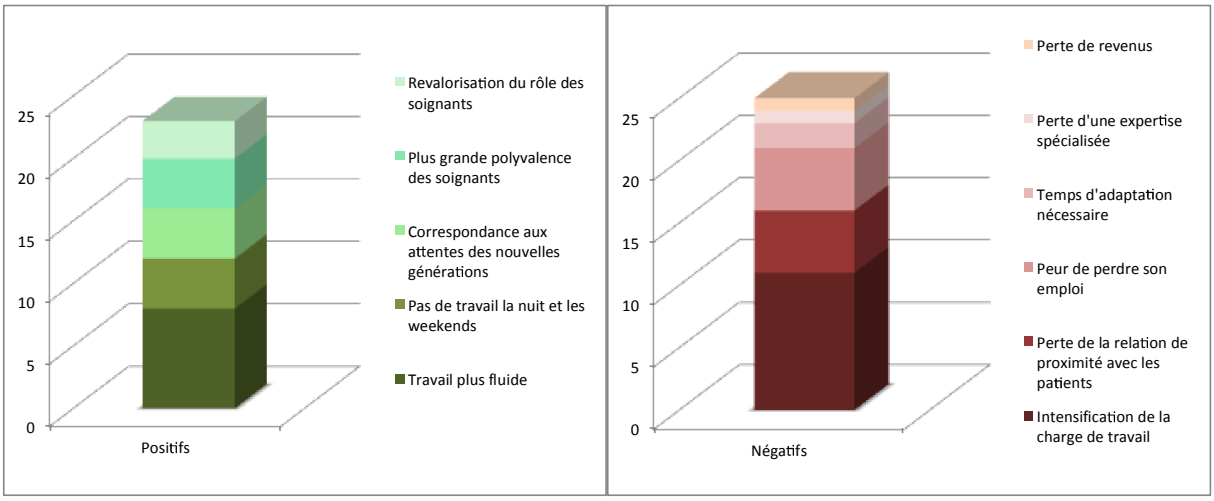
proportions ont renvoyé des probabilités d'appartenance du panel à cette population générale de 100 %. La focalisation sur le périmètre complet du virage ambulatoire ne semble par conséquent pas avoir induit de biais de sélection relatif à la composition globale du case-mix entre médecine et chirurgie. Il en découle que la significativité du TU en médecine et non en chirurgie ne saurait provenir d'une prévalence initialement plus forte de l'activité de médecine dans notre panel. Parmi les autres biais possibles de notre analyse, il convient également de citer le non retraitement des aides ponctuelles reçues par les établissements du panel dans les valeurs du TMB fournies par Hospi Diag. Toutefois, si ces aides ont pu venir majorer le TMB de certains établissements du panel, la part de la variance de cet indicateur que nous n'avons pas réussi à expliquer à l'aide des variables d'adéquation des ressources à l'activité et de tarifs est demeuré faible, de l'ordre de 11 %. La perturbation causée par ces aides n'a ainsi pas empêché d'expliquer de manière satisfaisante l'équilibre d'exploitation des établissements du panel.

En outre, il doit aussi être souligné que notre régression n'a testé que des relations linéaires entre les variables indépendantes des modèles et le TMB. Notre modélisation ne rend ainsi pas compte d'éventuels effets de seuils dans le virage ambulatoire. Or, il est possible que certains seuils de taux d'ambulatoire et/ou de DMS soient associés à des mutualisations ou des fermetures d'unités conventionnelles susceptibles de générer des économies de ressources, notamment en personnels, pouvant impacter positivement le TMB. Des modélisations complémentaires prenant comme variables explicatives non plus les indicateurs bruts du virage ambulatoire mais les cadres d'organisation les plus proches pourraient par exemple permettre de tester l'existence de tels effets de seuils. Néanmoins, nos études approfondies de cas laissent penser que les gains de productivité qui peuvent éventuellement être tirés du virage ambulatoire peuvent se voir atténués par un besoin de ressources nouvelles. En effet, le cadre d'hospitalisation ambulatoire induit certes, par construction, des économies dans l'emploi du personnel les nuits et les weekends. Cependant, les professionnels que nous avons rencontrés ont déclaré que ce cadre d'organisations s'accompagne aussi d'une augmentation de la charge de travail en journée. Ainsi, ces professionnels ont surtout évoqué des redéploiements d'effectifs des services conventionnels vers les unités ambulatoires et non des suppressions d'effectifs. De surcroît, la mise en place du cadre d'hospitalisation ambulatoire a induit des créations de postes correspondant à des fonctions nouvelles de coordination – interne et externe – ainsi que de programmation.

La traduction du virage ambulatoire en économies d'effectifs rapportés aux recettes T2A ne semble donc pas automatique, d'autant plus que les tarifs de l'ambulatoire restent inférieurs aux tarifs d'hospitalisation complète de plus d'une journée, y compris en chirurgie. Ces variables tarifaires et d'adéquation des ressources humaines aux recettes ressortant de notre étude de panel comme particulièrement déterminantes pour l'équilibre d'exploitation des établissements de santé, il n'est pas certain que le virage ambulatoire puisse contribuer, y compris par des effets de seuils, au maintien de la situation économique de ces établissements dans le cadre des politiques tarifaires actuelles. Étant donné l'impact économique de l'emploi des ressources humaines visible dans notre panel, une meilleure compréhension des déterminants de la pertinence économique du virage ambulatoire passe en partie par un examen des impacts de ce virage sur le travail des personnels hospitaliers.

Ainsi que nous l'avons explicité au troisième chapitre, la notion d'utilité en évaluation des politiques publiques interroge la correspondance des résultats d'une politique publique aux besoins de ses différentes parties prenantes. L'utilité économique du virage ambulatoire, que nous venons d'analyser, renvoie à la correspondance de ce virage avec les besoins des financeurs du système de soins. Mais, comme nous venons de le voir, cette utilité économique peut être affectée par d'autres types d'impacts, touchant d'autres parties prenante du système de soins, telles que les professionnels travaillant dans les établissements de santé. Les entretiens que nous avons menés auprès de certains de ces professionnels, au cours de nos cinq études approfondies de cas, donnent *une vision contrastée des impacts de ce virage sur leur travail*. Comme le montre la figure 5.2 ci-dessous, nous avons trouvé quasiment autant de références à des impacts positifs que négatifs dans le discours de ces professionnels.

Figure 5.2 : Impacts du virage ambulatoire sur le travail en établissements de santé cités par les professionnels rencontrés



Du côté positif, l'impact le plus souvent cité a été la fluidification des flux de travail, grâce à un cadencement plus précis et anticipé des tâches, ainsi que par une meilleure coordination entre les intervenants, que se soit dans les UCA ou les hôpitaux de jour de médecine. L'absence de travail la nuit et les weekends a également été évoquée comme une amélioration des conditions de travail liée au virage ambulatoire. Au-delà de cette seule question des horaires de travail, le cadre d'organisation ambulatoire semble mieux correspondre, selon plusieurs des professionnels que nous avons interrogés, aux aspirations des nouvelles générations de médecins et de soignants, dans la mesure où il borne leur engagement dans un horizon de temps et de responsabilités mieux délimité, ce qui facilite l'atteinte d'un équilibre entre vie personnelle et professionnelle. En outre, si l'organisation du travail dans ce cadre est plus réglée, elle n'en conduit pas moins à une plus grande polyvalence des personnels soignants. Ces professionnels doivent en effet être formés pour pouvoir intervenir sur un

éventail de pathologies plus large que dans les services de soins conventionnels, davantage spécialisés que les unités ambulatoires. De surcroît, les soignants doivent intégrer dans leur champ de compétences des tâches administratives relatives à la coordination de la prise en charge mais aussi à l'accueil et à la sortie des patients. Cette polyvalence a été décrite par les cadres qui l'ont mentionnée comme une évolution positive du métier d'infirmier. Cette appréciation favorable est cohérente avec d'autres citations, qui soulignent que le rôle des soignants est davantage valorisé dans le cadre de l'hospitalisation ambulatoire, car les soignants constituent les personnels permanents des unités ambulatoire, chirurgicales comme médicales, alors que les médecins en sont plutôt des utilisateurs. Cette centralité du rôle des soignants dans la gestion des unités ambulatoires a été exprimée d'une manière particulièrement claire par le DS et le cadre du pôle de médecine du CH3. À propos de l'hôpital de jour de médecine de cet établissement, ces personnes ont ainsi déclaré : « Les résidents de cette unité ce sont les infirmières. [...]. Ce qui est quand même un peu différent du service traditionnel [...]. Elles sont les maîtres des lieux. [...] C'est elles qui ont la maîtrise de l'organisation de l'unité dans laquelle interviennent les médecins. »

La figure 5.2 montre néanmoins que ces impacts positifs du virage ambulatoire sur le travail en établissements de santé sont contrebalancés par des aspects plus négatifs. Le premier d'entre eux est l'intensification de la charge de travail découlant d'un rythme de travail plus rapide en ambulatoire qu'en hospitalisation conventionnelle. La nécessité de traiter les patients dans la journée impose, d'après les professionnels que nous avons rencontrés, une accélération des flux et réduit les temps de latence entre les patients. De plus, puisque tout dysfonctionnement peut entraîner des retards susceptibles de désorganiser les flux ou des complications empêchant un retour du patient à domicile, le virage ambulatoire requiert selon ces professionnels un respect plus scrupuleux des protocoles de soins et des normes de qualité, qui contribue dans cette temporalité contrainte à accentuer la charge de travail. Il en résulte une contraction des moments d'échanges avec les patients, donnant à certains professionnels le sentiment de perdre la relation de proximité qu'ils pouvaient avoir avec le patient dans le cadre de l'hospitalisation conventionnelle. Ce sentiment peut être, chez certains professionnels, aux dires de ceux que nous avons interrogés, mêlé d'une inquiétude sur le devenir du patient après sa prise en charge, notamment en chirurgie, dans la mesure où les professionnels travaillant en établissements de santé n'assistent plus à l'entière convalescence du patient.

Une autre forme d'inquiétude nous a également été rapportée, reflétant la peur que des réductions capacitaires consécutives au virage ambulatoire ne se traduisent par une perte d'emploi. Cette inquiétude concerne en particulier les soignants des unités d'hospitalisation complète qui ne souhaitent pas devoir aller travailler dans les unités ambulatoires. Les cadres de ces unités que nous avons rencontrés nous ont tous affirmé qu'ils n'avaient aucune difficulté à trouver des soignants volontaires pour effectuer ce changement. Toutefois, il nous a été relaté une crainte chez certains soignants que le virage ambulatoire ne leur laisse au final plus le choix de l'exercice en hospitalisation conventionnelle et diminue le besoin global en personnel infirmier. En outre, des professionnels qui ont participé à nos enquêtes de terrain ont indiqué que la mise en place du cadre d'organisation ambulatoire nécessite un temps d'adaptation afin de modifier les habitudes de travail. Durant cette période de transition, les professionnels des établissements de santé peuvent avoir l'impression d'une désorganisation due au fait que le fonctionnement des unités ambulatoires n'est pas encore rôdé. Cette

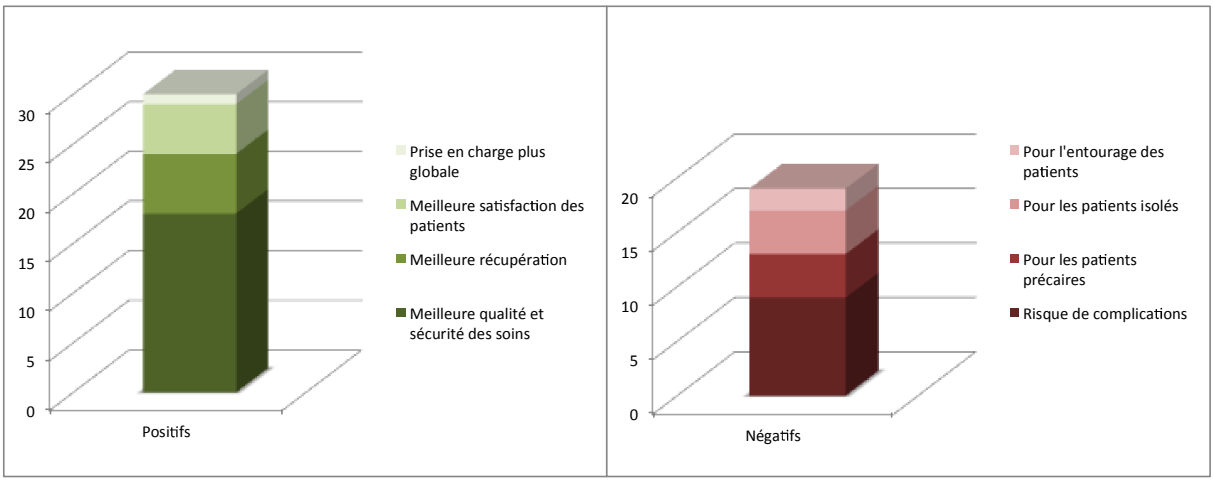
désorganisation nous a toutefois été décrite comme temporaire. Sur le plus long terme, le pendant négatif de la polyvalence peut être la perte d'une expertise spécialisée chez le personnel soignant. De la même manière, la contrepartie négative de l'absence de travail de nuit et durant les weekends est la perte des primes qui lui sont associé. Mais il est intéressant de constater que ces aspects touchant à la gestion des ressources humaines arrivent en second plan, dans le discours des professionnels que nous avons approchés, par rapport à l'intensification des flux de travail et au changement de relation avec le patient que cette intensification induit.

Néanmoins, du point de vue de ces professionnels, *le virage ambulatoire est plutôt bénéfique pour leurs patients*. La figure 5.3 ci-après permet en effet de constater que les références aux impacts positifs du virage ambulatoire pour les patients ont été plus fréquentes que les références à ses impacts négatifs dans les propos que nous avons recueillis. Plus de la moitié de ces références positives relatent une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins découlant de l'exigence accrue de respect des protocoles et normes de prise en charge qu'implique le cadre d'organisation ambulatoire. Le second gain pour le patient mentionné par les professionnels des cinq établissements que nous avons visités concerne la récupération. Les techniques anesthésiques et opératoires en chirurgie ambulatoire étant souvent moins lourdes et moins invasives qu'en chirurgie conventionnelle, elles entraînent selon ces professionnels des délais de convalescence plus courts. Pareillement, l'un des objectifs des hôpitaux de jour médicaux pour ces professionnels est d'éviter la rupture avec l'environnement habituel que peut provoquer une hospitalisation conventionnelle. Cette absence de coupure du patient avec son milieu de vie nous a été décrite comme particulièrement bénéfique pour les patients âgés, dans la mesure où elle diminue le risque que ces patients se retrouvent déstabilisés suite à l'hospitalisation. Au-delà de ces bénéfices médicaux et sociaux, les professionnels avec lesquels nous avons échangé nous ont fait état d'une plus grande satisfaction des patients, généralement contents de pouvoir rentrer chez eux le soir et de ne pas avoir à rester plus longtemps à l'hôpital. En outre, l'expérience de l'hospitalisation peut être moins stressante en ambulatoire car le patient, qui n'est pas toujours alité ou endormi complètement, a parfois le sentiment que son problème de santé n'est pas si grave. Un des cadres responsables d'UCA avec qui nous avons parlé a évoqué en ces termes cet impact psychologique de l'ambulatoire sur certains patients :

> « [Les patients] étaient super heureux de pouvoir partir à midi, de ne pas avoir été mis dans un lit et donc d'être moins malades, quelque part, psychologiquement. Et cet exemple là je ne l'ai pas eu qu'une fois. [...] C'est là où je me suis dit "Oui, effectivement, l'ambulatoire a un gros intérêt pour le patient". »

Enfin, même si la prise en charge ambulatoire se déroule dans un temps plus court, elle a une dimension plus globale, car elle doit tenir compte du lieu et du mode de vie du patient, et non uniquement sa ou ses pathologies car ces aspects non-médicaux peuvent également déterminer l'éligibilité du patient à l'ambulatoire. La détection des problèmes sociaux peut donc être plus systématique. Des procédures de recours aux assistantes sociales depuis les unités ambulatoires ont ainsi été instaurées dans plusieurs des établissements que nous avons visités.

Figure 5.3 : Perception par les professionnels rencontrés de l'impact du virage ambulatoire pour leurs patients



Néanmoins, le virage ambulatoire n'apparaît pas non plus exempt d'impacts potentiellement négatifs pour les patients. La principale crainte exprimée par les professionnels lors de nos entretiens a été la possibilité de complications survenant au domicile du patient la nuit suivant une intervention chirurgicale. Le protocole de prise en charge en ambulatoire prévoit la présence d'un accompagnant au domicile du patient durant cette nuit ainsi que la délivrance de produits analgésiques et/ou destinés à éviter les saignements. Cependant, un des chirurgiens que nous avons interrogés a estimé que des progrès pouvaient encore être faits dans la prévention des « rebons douloureux » et des risques hémorragiques. Le PCME d'un des établissements a aussi souligné que l'apaisement du sentiment de gravité de l'intervention chez certains patients pouvait les conduire à ne pas suffisamment respecter les consignes de repos une fois de retour chez eux. Cette remarque renvoie à une dimension essentielle du virage ambulatoire, qui est la participation plus active du patient à sa propre prise en charge. Ainsi que l'a exprimé un chirurgien :

« La définition même de la récupération rapide c'est qu'on fait faire [au patient] des choses qu'on lui faisait nous. Et on pense que lui les fera mieux que nous car c'est pour lui-même. [...] Le patient devient acteur de sa propre maladie, de son propre problème. [...] Le résultat dépendra essentiellement de l'adhésion du patient au traitement. »

Or, cette caractéristique essentielle de la prise en charge ambulatoire peut poser des difficultés pour les patients qui sont moins en capacité que d'autres de s'occuper d'eux-mêmes. C'est le cas notamment des patients en situation de précarité économique et sociale, dont les conditions de logement et/ou d'alimentation ne sont pas toujours propices à la récupération. L'un des cadres que nous avons rencontrés nous a ainsi signalé que certains patients préfèrent rester à l'hôpital car ils peuvent y avoir un repas et y recevoir des soins d'hygiène. En outre, la prise en charge n'est pas seulement déportée sur patient mais aussi sur ses proches. C'est pourquoi il ressort du discours des professionnels que le virage ambulatoire, en chirurgie, ne répond pas aux besoins des patients isolés socialement, qui ne lui sont la plupart du temps pas

éligibles. Pour les autres patients, l'entourage est davantage mis à contribution dans les soins pré- et post-opératoires qu'il ne l'était dans le cadre de l'hospitalisation conventionnelle.

Ainsi, si nous n'avons pas pu démontrer l'utilité économique du virage ambulatoire pour les établissements de santé, son utilité pour les patients, c'est-à-dire sa correspondance à leurs besoins, semble en partie dépendre, selon les professionnels avec lesquels nous nous sommes entretenus, de facteurs économiques et sociaux. Les résultats de notre modélisation sur données de panel suggèrent que les déterminants de l'équilibre d'exploitation des établissements de santé sur la période 2014-2016 demeurent ceux de la tarification à l'activité, c'est-à-dire le niveau des tarifs et l'adéquation des ressources, notamment en personnels, aux recettes liées à l'activité. Or, nous n'avons pas trouvé de relation de colinéarité entre ces déterminants et les variables du cadre d'organisation ambulatoire. S'il reste possible que le virage ambulatoire ait induit ponctuellement des gains de productivité dans certains établissements de santé, ces gains n'ont pas été linéaires durant les deux premières années du Plan triennal pour l'ensemble des établissements couvrant le périmètre total du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine. En outre, si de tels gains ont existé, ils ont dû passer par une contraction des ressources humaines, qui représentent le poste de coûts ayant le plus d'influence sur l'équilibre d'exploitation des établissements de santé. La réalité de cette contraction n'est pas évidente dans le discours des professionnels que nous avons abordés, dans la mesure où le cadre d'organisation ambulatoire exige lui aussi du personnel pour pouvoir traiter une charge de travail plus importante en journée et assurer de nouvelles fonctions de coordination ou de programmation. De plus, la mise en routine de ce nouveau cadre d'organisation demande du temps, notamment afin que les soignants puissent se former à des tâches plus polyvalentes et assumer des rôles nouveaux. Le développement de l'ambulatoire ne se traduit par conséquent pas forcément par des diminutions immédiates d'effectifs, et il n'est pas certain que son impact en terme de mobilisation de ressources humaines soit univoque, y compris sur le plus long terme. Seule une quantification de cet impact au niveau national, ou, à défaut, dans les cas que nous avons retenus, aurait permis de trancher cette question.

Il n'en demeure pas moins que les effets des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal sur les variables du virage ambulatoire n'ont pas eu d'impact, dans notre étude en différences de différences, sur l'équilibre économique des établissements régulés. Cette conclusion apporte un élément de réponse à notre dernière question de recherche relative aux effets de la régulation souple intermédiée pour les organismes régulateurs (QR3B). En effet, l'exemple du virage ambulatoire dans le Plan triennal souligne l'importance pour ces organismes d'*interroger la pertinence des cadres d'organisation qu'ils proposent au regard des impacts attendus de la politique publique*. Comme nous l'avons explicité au quatrième chapitre, les dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ont été envisagés par le régulateur primaire comme des dispositifs de sécurité visant à maintenir l'équilibre des établissements de santé par des transformations organisationnelles en dépit de l'impact négatif d'une modération tarifaire sur cet équilibre. Notre modélisation confirme que l'anticipation de cet impact était juste, car la variable tarifaire a bien influencé significativement l'équilibre d'exploitation des établissements de notre panel durant les deux premières années du Plan, mais invalide la pertinence du raisonnement transformateur du régulateur, dans la mesure où nous n'avons pas trouvé de preuve que le cadre d'organisation

promu, celui de l'ambulatoire, ait contribué de manière linéaire au maintien de cet équilibre dans ce laps de temps. En l'absence d'une telle preuve, et bien que les dispositifs de régulations souple intermédiée du Plan triennal aient été efficaces dans certains contextes organisationnels, leur utilité en tant que dispositifs de sécurité économique n'a pas pu être vérifiée.

Conclusion du cinquième chapitre

Notre analyse des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal débouche donc sur un paradoxe : alors que ces dispositifs ont contribué en deux ans au développement du cadre d'organisation souhaité par les régulateurs primaires du Plan, ils ne semblent pas avoir eu les impacts principalement recherchés par ces régulateurs à l'issue de cette période. Ce constat est à relativiser en considérant les limites de notre investigation, dans sa temporalité tout d'abord, puisque nous n'avons pas pu disposer de l'ensemble des données permettant de prendre en compte la dernière année de mise en œuvre du Plan triennal – c'est-à-dire l'année 2017. Dans la méthode d'évaluation ensuite, notre approche constitue une tentative de répondre aux problèmes que posent les dispositifs de régulation souple intermédiée pour l'évaluation des effets de l'action publique. Cet essai doit par conséquent être entendu comme une proposition conduisant à certaines conclusions destinées avant tout à éclairer la réflexion sur les moyens de mesurer et de comprendre ces effets.

Notre application des méthodes a-théoriques d'évaluation des politiques publiques aux dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal pour répondre à notre troisième question de recherche (QR3A) montre que des effets quantitatifs de ces dispositifs sur les organisations régulées peuvent être perceptibles, y compris à relativement court terme – deux ans. Toutefois, ces effets sont autant les effets des dispositifs eux-mêmes que ceux de leurs usages par les organisations régulées. Nous avons dès lors dû avoir recours à d'autres méthodes pouvant traiter cette complexité causale, en l'occurrence : l'analyse configurationnelle comparative. Cet emploi met en évidence le caractère contingent de l'effet de capacitation que peuvent avoir les dispositifs de régulation souple intermédiée sur les organisations régulées. Ces dispositifs ont ainsi permis à des professionnels opérant dans des dynamiques défavorables ou indifférentes au virage ambulatoire de légitimer ce changement au sein de leur établissement ou de mettre en place un pilotage par objectifs orienté vers ce changement. Cette mise en capacité de porter le changement a fonctionné en association avec des dispositifs de régulation plus contraignants dans les premières configurations et a pu réussir sans eux dans les secondes. Dans ces deux types de contexte, les dispositifs d'accompagnement se sont avérés efficaces, tandis que les dispositifs de normation méthodologique n'ont pas joué de rôle déterminant. Cette absence d'efficacité des dispositifs normatifs dans le cas du Plan triennal a pu en partie provenir de leur condition de production, qui n'a pas favorisé une identification exhaustive des pratiques opérationnelles liées au virage ambulatoire.

Par conséquent, cette expérimentation méthodologique apporte également des éléments de réponse intéressants quant aux effets de la régulation souple intermédiée sur les organismes de régulation (QR3B). D'une part, elle confirme que la distinction opérée dans la littérature

sur les intermédiaires de régulation entre expertise et capacité opérationnelle peut avoir des incidences sur l'efficacité de ces intermédiaires, puisque l'expertise ne suffit pas à traduire les cadres d'organisation choisis par le régulateur en termes opérationnels. La fonction d'opérationnalisation des intermédiaires nécessite un temps de réflexion et d'exploration dédié. Toutefois, même si ce temps a initialement manqué dans le cas du Plan triennal, l'intermédiaire a pu procéder à cette opérationnalisation durant la mise en œuvre du Plan, en faisant lui-même appel à d'autres intermédiaires : des consultants et des professionnels travaillant dans des établissements ayant déjà expérimenté le virage ambulatoire. D'autre part, l'exemple du Plan triennal invite à prendre en compte non seulement l'efficacité de la régulation souple intermédiée en termes de transformation des organisations régulées mais aussi l'utilité des cadres d'organisations proposés par les organismes de régulation pour les objectifs qu'ils recherchent. Le cas du virage ambulatoire dans le Plan triennal illustre que cette utilité ne va pas forcément de soi, et qu'elle peut dépendre d'autres impacts des cadres d'organisation que ceux prioritairement envisagés par le régulateur, tels que ceux touchant aux conditions de travail. Aussi est-il important pour les organismes de régulation d'interroger l'utilité globale des cadres d'organisation qu'ils souhaitent diffuser, si possible en amont de la politique publique. Nos résultats nous conduisent donc principalement à engager une discussion sur l'apport de notre démarche analytique et évaluative pour la connaissance des effets de la régulation souple intermédiée.

Chapitre 6 : Discussion des résultats

Ce dernier chapitre est consacré à l'examen des implications théoriques et pratiques des résultats de notre recherche. Sur le plan théorique, nous discutons d'abord, en première section, les enseignements de notre travail pour l'analyse des formes souples et intermédiées de gouvernance de la régulation. Ces enseignements concernent, d'une part, les méthodes d'évaluation des effets des dispositifs souples de régulation, et, d'autre part, la connaissance des effets de l'intermédiation. En seconde section, nous abordons les apports du cadre de compréhension des régimes de gouvernementalité que nous avons élaboré. Nous appréhendons ces apports en regard de deux types de démarches qui ont mobilisé le corpus théorique de la gouvernementalité en sciences de gestion : l'étude critique des relations de pouvoir dans les organisations (Hardy et Clegg, 2006; McKinlay et Starkey, 1998) et les typologies instrumentales (Lascoumes, 2005; Lascoumes et Le Galès, 2004; Moisdon, 2005; Moisdon et al., 1997). Enfin, en troisième section, nous synthétisons les préconisations pratiques que notre recherche nous conduit à formuler pour les acteurs de la régulation sanitaire en France et nous proposons des pistes d'investigations futures pouvant compléter notre exploration des transformations de cette régulation.

Section 1 : Implications pour l'analyse de la régulation souple intermédiée

Nous avons noté au premier chapitre qu'en dépit du développement des formes souples et intermédiées de gouvernance de la régulation (K. W. Abbott et al., 2015) les effets concrets de ces dispositifs de régulation, notamment sur les organisations régulées, demeuraient largement méconnus. Notre examen de ces effets dans le cadre du Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé indique qu'une des raisons de cette méconnaissance est d'ordre méthodologique. En effet, les méthodes communément utilisées en évaluation des politiques publiques (Desplatz et Ferracci, 2016) ne sont pas conçues pour traiter sur une échelle correspondant au périmètre d'application de ces politiques des relations causales aussi complexes (Misangyi et al., 2017) que celles impliquées par la régulation souple intermédiée. Notre expérimentation de l'analyse configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009) pour rendre compte de ces relations dans le cas de la régulation du virage ambulatoire en France nous amène à proposer une démarche évaluative pouvant constituer une des réponses envisageables à cet enjeu méthodologique. En outre, le cas du virage ambulatoire que nous avons étudié souligne l'importance de ne pas borner l'analyse des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée à leur seule efficacité. Cet exemple invite au contraire à s'intéresser à l'utilité de ces dispositifs pour les différentes parties prenantes de la régulation (SGMAP, 2015) et notamment à interroger la pertinence des cadres d'organisation promus par ces dispositifs pour les objectifs prioritairement visés par les régulateurs. Les enseignements que nous avons tirés de l'emploi de notre démarche évaluative mettent en évidence les apports mais aussi les limites de cette réponse méthodologique pour la compréhension de l'efficacité et de l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée.

Une seconde explication possible du manque de savoirs disponibles sur les effets de tels dispositifs peut résider dans le caractère relativement nouveau de la recherche sur les intermédiaires de régulation. Levi-Faur et Starobin (2014) considéraient en 2014 que l'intermédiation représentait l'une des frontières de la connaissance académique sur la régulation. Depuis, les contributions au modèle RIT ont fourni une première base pour cette connaissance (K. W. Abbott et al., 2017a). Notre travail contribue à l'enrichissement de cette base en dévoilant trois types d'effets de l'intermédiation qui peuvent venir compléter ce modèle : 1. la capacitation contingente ; 2. la conjonction des véridictions ; et 3. l'apprentissage alèthurique. La prise en compte de ces effets permet d'identifier des conditions d'effectivité pour certaines des capacités assurées par les intermédiaires dans ce modèle, et dévoile une fonction d'apprentissage distincte des autres fonctions de l'intermédiation.

Proposition d'une démarche évaluative pour la régulation souple intermédiée

Les méthodes dites « a-théoriques », c'est-à-dire ne reposant pas sur une théorisation préalable du fonctionnement de l'action publique, constituent les outils de mesure habituels de l'effet des politiques publiques (Desplatz et Ferracci, 2016, p. 7). Au sein de ces méthodes, les devis expérimentaux, consistant à affecter aléatoirement des individus – ou des organisations – entre un groupe de traitement et un groupe de contrôle, sont réputés préférables, dans la mesure où ils tiennent compte des caractéristiques observables et inobservables de ces individus (Desplatz et Ferracci, 2016). Notre tentative d'application de ces méthodes a-théoriques pour estimer l'effet des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal illustre tout d'abord l'impossibilité pratique d'utiliser dans certains cas un devis expérimental pour l'évaluation de ce type de dispositifs. Cette impossibilité a tenu au fait que l'inclusion dans le groupe de bénéficiaires de ces dispositifs n'a pas été décidée par le chercheur mais par les régulateurs secondaires, selon des critères qui pouvaient varier d'une région à l'autre.

Le recours à un devis quasi-expérimental considérant la participation à la politique publique comme une expérimentation naturelle, c'est-à-dire comme le produit d'un événement exogène indépendant du traitement, n'a pas non plus été évident dans notre cas, car certains régulateurs secondaires avaient pu sélectionner les établissements participants sur la base des variables de traitement que représentaient les indicateurs du virage ambulatoire. Ce critère de sélection était même encouragé par les régulateurs primaires du Plan triennal, qui souhaitaient que les dispositifs d'accompagnement mis en œuvre par l'ANAP touchent en priorité les établissements les plus en retard dans le virage ambulatoire, en chirurgie notamment. Le caractère exogène de l'inclusion dans le groupe d'établissements ayant eu accès à ces dispositifs n'était donc pas certain. En l'occurrence, la comparaison des valeurs des indicateurs du virage ambulatoire dans le groupe de traitement et dans le reste de la population observable à la veille du commencement du Plan triennal – soit au 31 décembre 2014 – a révélé des biais de sélection en chirurgie comme en médecine. Dès lors, la seule méthode de comparaison qui pouvait être valide dans cette situation était l'identification, par appariement, d'un groupe de contrôle offrant des caractéristiques initiales observables

similaires à celles du groupe de traitement. Cet exemple montre qu'il peut être *parfois impossible de contrôler l'effet des caractéristiques inobservables* dans l'évaluation de dispositifs de régulation souple intermédiée, puisque ces dispositifs peuvent être orientés par les régulateurs vers des publics cibles choisis précisément en raison de leur spécificité sur les variables de traitement de la politique publique. En conséquence, les résultats de l'évaluation ne peuvent être généralisés qu'aux catégories d'individus ou d'organisations concernés par les dispositifs de régulation.

Ces problèmes de biais de sélection peuvent également se rencontrer dans l'évaluation de formes directes et dures de régulation, qui peuvent elles aussi s'adresser à un segment d'une population d'individus ou d'organisations. Cependant, l'ajout de dispositifs souples et intermédiés de régulation complexifie ces problèmes, lorsque l'évaluateur souhaite isoler l'effet propre de ces dispositifs. En effet, ces dispositifs sont le plus souvent employés en complément de dispositifs durs, directs ou indirects (K. W. Abbott et al., 2015; K. W. Abbott et al., 2017a; Kirton et Trebilcock, 2017), qui peuvent toucher, comme dans le cas du virage ambulatoire, une population plus large. Or, nos études de cas approfondies comme configurationnelles signalent que même ces dispositifs plus contraignants peuvent faire l'objet d'une appropriation variée par les régulateurs secondaires et les régulés. Cette appropriation constitue ainsi une caractéristique inobservée endogène à la politique publique qui perturbe la mesure des effets propres des dispositifs de régulation souple intermédiée à l'intérieur de cette politique. Par conséquent, il n'est pas possible de savoir, en utilisant des méthodes non aléatoires, *si l'effet observable est bien dû au recours à des dispositifs souples et intermédiées de régulation, ou bien à un usage différencié de dispositifs plus durs* qui serait lié aux caractéristiques spécifiques des groupes sélectionnés.

Sur le plan de la temporalité, en revanche, le caractère souple et intermédié des dispositifs de régulation n'a pas posé, dans notre expérience, de difficulté particulière. Un enseignement intéressant de notre étude des différences de différences, en chirurgie comme en médecine, est que *les dispositifs de régulation souple intermédiée peuvent potentiellement produire des effets statistiquement significatifs à relativement court terme* – en l'occurrence : deux ans. Ce résultat n'était pas garanti, dans la mesure où la régulation souple suppose un changement dans les organisations qu'elle vise (Wedlin et Sahlin, 2017) et que le changement organisationnel peut être un phénomène de longue durée (Pettigrew, 1990). Pourtant, les trois variables du virage ambulatoire ont connu sur des périodes de deux ans, entre 2012 et 2014 puis entre 2014 et 2016, des évolutions statistiquement significatives. De plus, la comparaison entre ces deux périodes, l'une antérieure et l'autre postérieure au lancement du Plan triennal, a suffit pour repérer certaines inflexions de tendance au sein d'un groupe d'établissements, et même une rupture de tendance commune entre deux groupes – sur la DMS en médecine. Ces évolutions ont de surcroît été assez importantes pour entraîner des écarts de progression statistiquement significatifs entre le groupe de traitement et le groupe de contrôle sur deux indicateurs : le taux de chirurgie ambulatoire et la DMS en médecine.

Quoique ces effets demeurent de petite taille – une augmentation du taux de chirurgie ambulatoire de l'ordre de 0,9 point et une diminution de la DMS en médecine entre deux et quatre heures – leur simple constatation est d'autant plus remarquable que les établissements accompagnés par l'ANAP n'ont commencé à mettre en œuvre leurs feuilles de route sur le virage ambulatoire que début 2016. Nous avons également pu vérifier, à l'aide de notre grille de scores d'appartenance au virage ambulatoire, que ces variations quantitatives sur deux ans

ont traduit en chirurgie différents types de changement organisationnel recensés dans la littérature néo-institutionnaliste (Currie et al., 2012; Dacin et al., 2010; Lawrence, 2008; Micelotta et al., 2017; Micelotta et Washington, 2013; Schilke, 2017). Sur les 116 cas pour lesquels nous avons pu analyser les conditions managériales du changement ambulatoire dans ce secteur, seuls 23 constituaient des exemples de persistance d'un même cadre d'organisation (George et al., 2006). Nos études de cas plus approfondies ont en outre confirmé que le changement de paradigme organisationnel avait pu avoir lieu, comme au CH3, entre 2014 et 2016. L'ensemble de nos données de cas concordent donc dans le sens d'une affirmation de la *réalité concrète du changement organisationnel signalé par la significativité statistique des variations des indicateurs dans le temps*.

Toutefois, nous avons volontairement qualifié de « potentiels » ces effets statistiquement significatifs des dispositifs de régulation souple intermédiée, car le lien causal entre ces effets et ces dispositifs n'est pas direct. Notre modélisation du fonctionnement de la régulation dans le cas du Plan triennal illustre bien les marges d'appropriation des dispositifs de régulation laissées aux régulateurs secondaires (Havinga et Verbruggen, 2017) comme aux régulés, dans leur travail d'autorégulation (Gond et al., 2011; Levi-Faur, 2011). Par conséquent, les effets que nous avons mesurés ne sont pas les effets des dispositifs de régulation en eux-mêmes, mais *les effets de l'usage que les régulateurs secondaires et les établissements régulés en ont fait*. Nous avons vu que cette marge d'appropriation a joué, au niveau des établissements régulés, autant pour les dispositifs souples et intermédiés par l'ANAP que pour les dispositifs plus durs aux mains des régulateurs secondaires. Le caractère réactif (Ayres et Braithwaite, 1992) de la contractualisation dans le cadre du Plan triennal a fait en sorte que même des dispositifs de régulation conçus comme contraignants, tels que la MSAP, ont pu être volontairement sollicités par les établissements. Il en découle que les différences que nous avons observées entre le groupe de traitement et le groupe de contrôle, en chirurgie comme en médecine, peuvent aussi bien provenir de l'accès aux dispositifs de régulation souple intermédiée que d'un usage différent entre les deux groupes des dispositifs de régulation plus dure du Plan triennal.

Les résultats de notre analyse configurationnelle comparative des conditions managériales de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée de ce Plan montre que les effets de ces dispositifs sont *le produit d'une interaction avec des stratégies de conduite du changement adaptées aux dynamiques à l'œuvre au sein des organisations régulées*. Cela signifie que les dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal ont été efficaces, pour le virage ambulatoire en chirurgie, lorsque des professionnels portant ce changement les ont utilisés afin de déployer des stratégies pertinentes compte tenu de l'engagement en valeurs dominant parmi les groupes composant leur organisation (Greenwood et Hinings, 1996). En l'occurrence, dans l'une de ces stratégies – la légitimation externe – les dispositifs souples et intermédiés d'accompagnement ont été efficaces en combinaison avec des dispositifs plus durs animés par les régulateurs secondaires, tandis que dans l'autre de ces stratégies – le pilotage par objectifs – ils ont pu être efficaces sans cette combinaison. Pour les deux autres stratégies réussies de progression dans le virage ambulatoire en chirurgie – la mobilisation des dynamiques internes et la recherche de soutiens – les dispositifs de régulation souple intermédiée n'ont pas joué de rôle déterminant, alors que les dispositifs plus contraignants d'allocation de ressources se sont avérés efficaces dans la seconde d'entre elles.

Ces résultats illustrent *les problèmes de causalité complexe que pose l'évaluation des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée*, puisque les trois caractéristiques de cette complexité énoncées par Misangyi et al. (2017) s'y retrouvent. La première de ces caractéristiques est la conjonction, qui signifie que plusieurs facteurs interdépendants interviennent dans la production d'un résultat. L'absence de condition managériale ou opérationnelle à la fois nécessaire et suffisante pour la progression comme pour la régression dans le virage ambulatoire en chirurgie vérifie ce phénomène de conjonction, puisqu'aucun des facteurs que nous avons identifiés dans notre analyse n'explique à lui seul ce changement. Les chemins causaux que nous avons retracés impliquent bien tous des combinaisons de plusieurs facteurs interdépendants. Par exemple, la mobilisation des acteurs internes dans la gestion du projet ambulatoire a suffi à progresser dans ce sens en chirurgie uniquement lorsque les groupes internes à l'établissement étaient majoritairement favorables à ce projet. De la même manière, c'est l'association des pratiques jugées essentielles par les référents ANAP en chirurgie ambulatoire et en brancardage qui ressort comme une configuration opérationnelle possible de ce virage. La seconde des caractéristiques de la complexité causale selon Misangyi et al. (2017) est l'équifinalité, qui signifie qu'il peut exister plusieurs manières d'aboutir au même résultat. Cette équifinalité est visible dans notre étude des conditions managériales, puisque plusieurs configurations de ces conditions ont mené à la progression dans le virage ambulatoire en chirurgie. Notre exploration des conditions opérationnelles de cette progression ne contredit pas non plus cette seconde caractéristique, dans la mesure où le fait que cette exploration n'ait dévoilé qu'une seule configuration opérationnelle suffisante est dû au faible degré de couverture des solutions issues de notre analyse, découlant du manque d'exhaustivité du recensement des pratiques pertinentes pour le virage ambulatoire à travers le Macrodiag. Enfin, la complexité causale se caractérise en troisième lieu par l'asymétrie, qui implique qu'une condition peut influencer différemment un résultat en fonction de la configuration dans laquelle elle se situe. Ainsi, nous avons vu que l'absence d'usage des dispositifs de contractualisation dans les contextes majoritairement adverses au virage ambulatoire pouvait freiner ce virage, alors que cet usage n'a pas eu d'incidence sur ce changement dans les contextes majoritairement favorables ou indifférents.

Or, *les méthodes usuellement employées pour expliquer les effets des politiques publiques ne sont pas conçues pour rendre compte de cette complexité causale*. Desplatz et Ferracci (2016) classent ces méthodes en deux types : les approches structurelles, fondées sur des modélisations économétriques, et les approches qualitatives, reposant sur l'interrogation des acteurs de terrain. Concernant les approches structurelles, la conjonction heurte le postulat d'indépendance des variables sur lesquels sont construits la plupart des modèles économétriques, tandis que l'asymétrie suppose d'autres types de chaînes causales que les relations linéaires et univoques généralement testées en économétrie (Dormont, 2007). De plus, ces modèles ne retiennent souvent qu'un seul chemin causal possible, ce qui ne permet pas de traiter l'équifinalité potentielle des combinaisons de facteurs. Les approches qualitatives habituelles ne peuvent quant à elles couvrir que des échantillons trop petits pour pouvoir évaluer les effets des politiques publiques sur un part substantielle de leurs bénéficiaires (Desplatz et Ferracci, 2016).

En comparaison à ces deux types de méthodes, *l'analyse configurationnelle comparative apparaît comme une méthode alternative d'évaluation* mieux adaptée aux problèmes de causalité complexe découlant de l'emploi de dispositifs de régulation souple intermédiée.

Précisément parce qu'elle envisage la causalité comme nécessité et suffisance, et non en terme de corrélation (Fiss, 2011), cette méthode peut expliquer les relations causales complexes dans lesquelles interviennent ces dispositifs, ainsi que nous l'avons fait pour l'axe virage ambulatoire du Plan triennal en chirurgie. En outre, bien qu'elle puisse fonctionner sur de petits comme de grands échantillons, l'analyse configurationnelle comparative convient particulièrement bien pour l'analyse d'échantillons de taille intermédiaire, c'est-à-dire composés d'environ une centaine de cas (Rihoux et Ragin, 2009). Cette taille offre en effet un potentiel de variété dans les conditions et les résultats, tout en permettant de conserver une approche qualitative dans la définition et le calibrage de ces conditions. Notre expérimentation prouve que des recueils par questionnaires peuvent fournir des données qualitatives variées sur cette échelle, qui a correspondu à plus de la moitié des bénéficiaires des dispositifs dont nous souhaitions évaluer l'effet. L'analyse configurationnelle comparative présente ainsi l'avantage de pouvoir étendre une approche qualitative à un plus grand nombre de cas. Néanmoins, notre usage de cette méthode montre dans le même temps que celle-ci n'est pas non plus hermétique à la modélisation. Au contraire, Rihoux et Ragin (2009) recommandent d'asseoir l'analyse configurationnelle comparative sur des hypothèses théoriquement et empiriquement fondées. Dans notre expérience, c'est la confrontation de notre modélisation du fonctionnement micro de la régulation, tirée d'une étude exploratoire sur trois cas d'organisations régulées, à la littérature sur le changement institutionnel qui a guidé l'identification des conditions à inclure dans l'analyse. Notre emploi de l'analyse configurationnelle comparative ne remet donc pas en cause les principes des méthodes usuelles d'évaluation des politiques publiques. À l'inverse, cette méthode apparaît plutôt comme une manière de réaliser une synthèse de ces principes répondant aux enjeux de causalité complexe auxquels les dispositifs de régulation souple intermédiée confrontent le chercheur.

Toutefois, le recours à l'analyse configurationnelle comparative ne résout pas un autre problème de causalité que soulèvent les dispositifs de régulation souple intermédiée lorsqu'ils visent des organisations : celui de la pertinence des cadres d'organisation que ces dispositifs promeuvent au regard des impacts recherchés par les régulateurs. Nous avons vu en première partie que, lorsqu'elle s'adresse à des organisations, la régulation souple passe par la conception et la diffusion de cadres d'organisations (Wedlin et Sahlin, 2017) qui servent à la fois d'archétypes (Greenwood et Hinings, 1993) et de gabarits (DiMaggio et Powell, 1991) pour les organisations régulées. Or, la théorie néo-institutionnaliste a mis en évidence que ces cadres d'organisation opèrent comme des mythes rationnels, dont la performance supposée n'est jamais vérifiée (Meyer et Rowan, 1977). Notre analyse des impacts du virage ambulatoire suggère que ce *lien causal entre les cadres d'organisations et l'amélioration de la performance qu'ils sont censés induire mérite d'être examiné*. En effet, notre modélisation sur données de panel montre que les paramètres de ce cadre d'organisation n'ont pas affecté de manière linéaire l'équilibre d'exploitation des établissements ayant eu une activité observable entre 2014 et 2016 sur le périmètre complet du virage ambulatoire. Cette étude confirme en revanche que le niveau unitaire des tarifs et l'adéquation des ressources, notamment en personnels, à l'activité, explique une part très importante (89 %) de la variance de cet équilibre sur cette période. Le virage ambulatoire ne semble donc pas avoir remis en cause les déterminants de la situation financière des établissements en T2A que Moisdon (2012 ; 2013) a déjà explicités, ni même avoir été lié à eux, puisque nous n'avons pas trouvé

de colinéarité entre les paramètres du cadre d'hospitalisation ambulatoire et ces déterminants. En conséquence, le calcul des différences de différences sur le TMB indique que les dispositifs de régulation souple intermédiée n'ont pas significativement contribué au maintien de l'équilibre économique des établissements de santé au terme des deux premières années du Plan triennal, en dépit de leurs effets sur certaines variables du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine.

La rationalité sécuritaire qui a présidé à la conception de ces dispositifs n'a ainsi pas porté de fruits perceptibles à travers notre modélisation économétrique au bout de deux ans. Cette conclusion est à nuancer par l'existence possible d'effets de seuils et le faible recul temporel dont nous disposions[41]. Néanmoins, nos études approfondies de cas laissent également penser que le lien entre virage ambulatoire et économies de fonctionnement pour les établissements de santé n'est pas si évident, car le cadre d'organisation ambulatoire est, selon les personnes que nous avons rencontrées, lui aussi consommateur de ressources humaines, et même créateur de postes nouveaux dédiés à la coordination et à la programmation. Il convient en outre de préciser que les écarts tarifaires entre niveaux de GHS ont été relativement stables sur la période que nous avons considérée – de 2014 à 2016 – dans la mesure où la politique du tarif unique en chirurgie a été généralisée à partir de 2014. Notre modélisation prend donc en compte cet incitatif tarifaire, qui a pu avoir un impact négatif sur l'équilibre d'exploitation des établissements de santé, puisque le niveau unitaire des tarifs est positivement corrélé au TMB sur cette période. Contrairement à ce que les régulateurs primaires avaient anticipé, le virage ambulatoire ne paraît pas avoir contribué à compenser cet impact négatif par une diminution des charges de personnels durant les deux premières années du Plan triennal. Le croisement de nos différentes analyses en différences de différences est cohérent avec ce constat tiré de notre modélisation économétrique, dans la mesure où le TMB des deux groupes d'établissements étudiés a continué à se dégrader significativement de 2014 à 2016, à un rythme légèrement plus faible mais comparable à celui de la période antérieure, et ce en dépit de progressions significativement plus fortes que précédemment sur certains indicateurs du virage ambulatoire, notamment dans le groupe accompagné par l'ANAP. Il ressort par conséquent de notre étude d'impacts que *les dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal, bien qu'efficaces pour le virage ambulatoire, n'ont pas rempli leur fonction de sécurité économique à l'issue de deux ans.* Cet exemple montre que le test du lien causal entre résultats et impacts des politiques publiques (SGMAP, 2015) constitue une étape essentielle de l'évaluation des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée touchant les organisations.

Dans sa globalité, nous pouvons ainsi tirer de notre expérience *une démarche évaluative des effets de la régulation souple intermédiée en cinq grandes phases*, qui sont décrites dans le tableau 6.1 ci-contre. Cette démarche comporte des *prérequis*, qui découlent pour la plupart des conditions d'applicabilité de l'analyse configurationnelle comparative (Rihoux et Ragin, 2009). Le premier d'entre eux est que le changement organisationnel visé par les régulateurs soit observable. Ce prérequis implique que des données sur les paramètres organisationnels définissant ce changement soient disponibles sur une période de temps assez longue pour percevoir des variations. Idéalement, cette période doit correspondre à la durée de la politique

[41] Nous n'avons pu évaluer les effets et impacts des dispositifs de régulation souple intermédiée de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal que jusqu'à fin 2016, alors que ces dispositifs ont perduré en 2017.

publique. Nous avons vu cependant à travers nos comparaisons en différences de différences que, pour le Plan triennal, la profondeur de deux ans à laquelle nous avions accès a été suffisante pour constater des évolutions significatives dans les paramètres du cadre d'organisation ambulatoire. Néanmoins, ces paramètres doivent aussi indiquer que le cadre d'organisation promu par les régulateurs s'est mis en place dans un nombre de cas permettant de satisfaire le prérequis d'hétérogénéité – en l'occurrence : des résultats – ainsi que le rapport entre le nombre de cas et de condition. C'est parce que la mise en place du cadre d'organisation ambulatoire était trop rare en médecine que nous avons dû restreindre le périmètre de notre analyse à la chirurgie.

Tableau 6.1 : Démarche évaluative des effets de la régulation souple intermédiée

Prérequis	• Le changement organisationnel visé par les régulateurs est observable • Les résultats et les conditions observables sont hétérogènes • Le rapport entre le nombre de cas (N) et le nombre de conditions (k) est tel que – approximativement – $N \geq 2^k$
Phase 1. Détermination des conditions du changement organisationnel visé	• Inclure par défaut les dispositifs de régulation dont on souhaite évaluer l'efficacité • Effectuer une revue de la littérature sur le type de changement organisationnel concerné • Modéliser le changement sur la base d'un petit nombre de cas exploratoires correspondant à différentes catégories de conditions pertinentes d'après la littérature • Retenir les conditions pertinentes au regard du modèle et de la littérature • Traduire empiriquement, grâce au modèle issu de l'étude exploratoire, les critères de présence, d'absence et d'ambiguïté maximale de ces conditions selon la littérature
Phase 2. Construction d'une échelle de mesure du changement organisationnel visé	• Identifier dans la littérature les critères du changement visé et du changement contraire ainsi que leurs degrés possibles • Traduire empiriquement ces critères et degrés en scores d'appartenance au changement visé à l'aide des paramètres utilisés par les régulateurs
Phase 3. Collecte des données	• À l'aide d'indicateurs chiffrés pour les variables de nature quantitative • À l'aide de questionnaires et/ou d'entretiens pour les variables de nature qualitative
Phase 4. Analyse de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée	• Définir des seuils de fréquence et de cohérence des résultats • Choisir la solution – parcimonieuse, intermédiaire ou complexe – la plus cohérente et exhaustive • Vérifier la validité des résultats par une étude plus approfondie de cas correspondant aux différentes configurations du changement visé et du changement contraire
Phase 5. Analyse de l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée	Interroger le lien entre le changement organisationnel réalisé et les impacts qui en étaient attendus – ainsi que ses autres impacts possibles : • Si des indicateurs de mesure de cet / ces impact(s) sont disponibles : tests par modélisation économétrique, analyse de la variance, analyse discriminante, etc. • Si des indicateurs de mesure ne sont pas disponibles : utilisation des données recueillies lors des études de cas

L'exemple du virage ambulatoire montre que le premier prérequis présente l'avantage de pouvoir être vérifié a priori, sous réserve de bien connaître les paramètres organisationnels déterminant le changement souhaité par les régulateurs. Le contrôle des deux autres prérequis, en revanche, ne peut être effectué qu'à l'issue de la collecte des données, une fois le nombre et l'hétérogénéité des cas connus. Les analyses configurationnelles comparatives que nous avons menées illustrent l'importance de l'hétérogénéité des résultats comme des conditions. En effet, nous avons dû nous limiter à formuler des hypothèses sur les conditions managériales de la régression dans le virage ambulatoire en chirurgie en raison de la plus faible prévalence de ce résultat dans notre échantillon. L'homogénéité des conditions de statut dans notre échantillon de cas nous a également empêché de tester l'effet de ces variables sur le virage ambulatoire en chirurgie. Quant aux conditions opérationnelles de ce virage, l'absence généralisée de trois de ces conditions et quasi-généralisée de trois autres dans notre échantillon a biaisé le calcul des relations de nécessité pour ces conditions et réduit l'exhaustivité de nos résultats touchant aux relations de suffisance. Concernant le rapport entre le nombre de cas et de conditions à inclure dans l'analyse, ce prérequis découle du fondement booléen de l'analyse configurationnelle comparative. Nos préconisations suivantes, tirées des recommandations déjà formulées par Rihoux et Ragin (2009) pour la sélection des conditions ainsi que de notre propre expérience de cette méthode, sont destinées à minimiser le nombre de contions à traiter et à maximiser le nombre de cas observables. Si toutefois le rapport entre ces deux nombres s'avérait nettement inférieur au seuil requis, le chercheur devrait alors essayer de recruter de nouveaux cas.

La phase de *détermination des conditions* a ainsi pour objectif de centrer l'analyse sur les conditions pertinentes pour le changement organisationnel visé par le régulateur. Par défaut, ces conditions doivent inclure le recours aux différents dispositifs de régulation dont on souhaite évaluer l'efficacité. L'enjeu de cette phase est par conséquent d'identifier les conditions du changement avec lesquelles ces dispositifs peuvent interagir. Le choix de ces conditions doit être éclairé par des connaissances théoriques et empiriques (Rihoux et Ragin, 2009). Un examen des écrits portant sur le changement organisationnel visé par les régulateurs est donc indispensable. Nous avons privilégié pour le virage ambulatoire une revue de la littérature relative à la conduite du changement institutionnel car ce virage impliquait une remise en cause de la division des rôles entre professionnels et organisations de santé (Gagnon et al., 2002; IGF-IGAS, 2014, 2016) et que cette caractéristique était révélatrice du changement institutionnel dans ce champ organisationnel (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). Nous n'avons volontairement pas réalisé de revue de la littérature sur les conditions opérationnelles de ce changement car nous désirions évaluer la pertinence des conditions définies par l'intermédiaire. La faible exhaustivité de cette seconde analyse par rapport à celle des conditions managériales prouve l'importance de l'assise théorique à ce stade de la démarche.

Toutefois, les conditions ressortant de la littérature peuvent ne pas toutes se retrouver ou jouer comme cette littérature l'indique dans le terrain spécifique de l'évaluation. C'est pourquoi il importe de confronter ces conditions à celles observables sur ce terrain. Dans notre expérience, la modélisation du fonctionnement micro de la régulation sur la base d'une analyse exploratoire de trois cas nous a fortement aidés à sélectionner les conditions pertinentes pour le virage ambulatoire en chirurgie. Cette modélisation nous a notamment

conduits à exclure les pressions concurrentielles (Greenwood et Hinings, 1996) de l'analyse des conditions managériales, car l'effet de ces pressions sur le virage ambulatoire n'y apparaissait pas clairement. À l'inverse, notre lecture de la littérature sur le changement institutionnel nous a amenés à ne pas retenir les expériences passées des porteurs de projet comme une condition managériale en soi, bien qu'elles aient été évoquées par ces porteurs, car ce qu'il importait de considérer, selon cette littérature, étaient les leviers managériaux mobilisés par les porteurs dans le cadre du projet particulier de changement à étudier. Ainsi, notre expérience invite à ne conserver dans l'analyse que les conditions qui sont à la fois théoriquement et empiriquement valides. La traduction pratique des critères de présence, d'absence, et d'ambiguïté fournis par la littérature a été aussi grandement facilitée par la modélisation issue de l'étude exploratoire.

La troisième phase de la démarche sert quant à elle à *calibrer le changement organisationnel* en termes de résultats attendus par les régulateurs. Là également, c'est grâce à la littérature sur le type de changement particulier que constituait le virage ambulatoire, c'est-à-dire un changement de nature institutionnelle (Currie et al., 2012; Dacin et al., 2010; George et al., 2006; Lawrence, 2008; Micelotta et al., 2017; Micelotta et Washington, 2013; Schilke, 2017), que nous avons pu déterminer des critères de présence, d'absence et d'ambiguïté pour ce changement, et même le décliner en degrés d'intensité. Il nous a ensuite été aisé de trouver la correspondance empirique de ces critères et degrés pour le virage ambulatoire, en recensant les différents cadres d'hospitalisation qui s'étaient succédés dans le champ sanitaire en France (CNAMTS, 2014, 2017; Delamare et al., 1997) et en délimitant ces cadres selon les paramètres utilisés par les régulateurs.

La phase de *collecte des données* illustre bien l'applicabilité de l'analyse configurationnelle comparative à des variables qualitatives comme quantitatives (Rihoux et Ragin, 2009). Néanmoins, même les indicateurs chiffrés disponibles dans les bases de données nationales, tels que les paramètres des cadres d'organisation, doivent déboucher sur une qualification en termes de présence, d'absence ou d'ambiguïté des conditions ou du résultat. À l'inverse, même les variables qualitatives – comme par exemple la mobilisation des acteurs internes dans la gestion du projet de changement – doivent être calibrées en scores d'appartenance. Pour ce dernier type de variables, notre expérimentation suggère que l'usage de questionnaires en ligne permet de traiter un nombre intermédiaire de cas – une centaine environ – dans un temps et avec des moyens limités, sans augmenter risque de biais déclaratif par rapport à celui qui existe aussi lors d'entretiens semi-directifs. En effet, les propos recueillis au cours de nos entretiens avec les équipes projet dans le CH2 et le CH3 recoupaient leurs réponses aux questionnaires. Cependant, les entretiens semi-directifs étant par construction plus riches en information, cette méthode de collecte peut être privilégiée si les moyens dédiés à l'évaluation le permettent. Dans le cas contraire, nous recommandons de laisser la possibilité aux répondants d'ajouter des commentaires libres en sus des questions à choix multiples découlant du calibrage des conditions ou du résultat. La plupart des répondants de notre enquête sur les conditions managériales ont fourni de tels commentaires, et ces éléments nous ont été très utiles pour l'interprétation des configurations qui se sont dégagées de notre analyse de l'efficacité des dispositifs de régulation.

Cette *analyse en efficacité*, comme toute analyse configurationnelle comparative, demande de fixer des seuils de fréquence et de cohérence des résultats (Rihoux et Ragin, 2009). Le choix de ces seuils procède d'un arbitrage entre la robustesse et l'exhaustivité des résultats.

Notre analyse des conditions managériales laisse penser qu'il n'est pas évident de respecter le seuil de trois cas préconisé dans la littérature (Fiss, 2011; Misangyi et Acharya, 2014) sans exclure plus de 20 % d'un échantillon, même de taille intermédiaire, et ce alors même que le rapport entre le nombre de cas et de conditions est proche du niveau requis. C'est pourquoi nous avons opté pour un seuil de deux cas, permettant d'éviter l'idiosyncrasie tout en limitant le nombre de cas exclus. Cette position n'a pas empêché de produire des résultats robustes sur les cas de progression dans le virage ambulatoire et de nous approcher du seuil de cohérence recommandé de 80 % (Rihoux et Ragin, 2009) sur les cas de régression. Notre application de l'analyse configurationnelle comparative à l'évaluation de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée souligne cependant qu'il peut être difficile d'atteindre le seuil de réduction proportionnelle d'incohérence de 75 % (Misangyi et Acharya, 2014) sur les cas dont le résultat est peu fréquent dans l'échantillon – en l'occurrence : la régression dans le virage ambulatoire. Ce point renvoie au prérequis d'hétérogénéité des résultats abordés précédemment. Toutefois, cet exemple illustre aussi que, dans de telles situations, le recours à la solution complexe peut permettre d'avoisiner le seuil de 80 % de cohérence globale des résultats tout en offrant une bonne couverture – en l'espèce : 77 % – du résultat à expliquer. À l'opposé, lorsque trop peu de configurations de conditions sont représentées dans l'échantillon, comme dans notre analyse des conditions opérationnelles, la solution parcimonieuse permet de réduire la perte d'exhaustivité des résultats. Ainsi, bien que la solution intermédiaire puisse effectivement constituer le meilleur compromis entre robustesse et exhaustivité des résultats (Rihoux et Ragin, 2009), comme ce fut le cas pour notre analyse des conditions managériales de progression dans le virage ambulatoire en chirurgie, l'homogénéité des résultats ou des conditions peut parfois amener à retenir les solutions complexes ou parcimonieuses.

Quelle que soit finalement la solution la plus équilibrée, notre expérience invite à vérifier la validité des résultats ainsi obtenus par des études de cas approfondies. Grâce aux enquêtes que nous avons menées auprès des CH2 et CH3, nous avons pu préciser nos hypothèses sur les conditions managériales ayant pu contribuer à une régression dans le virage ambulatoire dans des contextes pourtant favorables à celui-ci, et comprendre comment la mobilisation de ces dynamiques majoritairement favorables avait pu réussir à vaincre les foyers de résistance à ce changement. En raison du calendrier – déjà étendu – de la thèse, nous avons cependant dû nous restreindre à deux études approfondies. De ce fait, nous n'avons pas pu investiguer de cette manière les autres configurations de progression dans le virage ambulatoire, ni étayer nos hypothèses sur les conditions de régression dans les contextes adverses. Une vérification plus complète aurait impliqué de ne pas simplement sélectionner un cas de progression et un cas de régression, mais d'étudier un cas de chaque configuration de progression ainsi qu'un cas de régression en contexte adverse. À défaut, les commentaires libres laissés par les répondants au questionnaire sur les conditions managériales ont constitué une source d'information utile pour interpréter ces configurations.

Enfin, ainsi que nous l'avons explicité plus haut dans cette section, l'évaluation des effets des dispositifs de régulation intermédiée ne doit pas se borner à la question de leur efficacité, mais doit interroger également leur *utilité*, en priorité pour les objectifs recherchés par les régulateurs. Cette focale se justifie par la nature évaluative de la démarche, qui part donc des intentions premières des régulateurs (Desplatz et Ferracci, 2016; SGMAP, 2015). Cette priorité n'est toutefois pas exclusive, dans la mesure où les autres impacts potentiels des

cadres d'organisation portés par les dispositifs de régulation intermédiée, touchant d'autres parties prenantes du champ organisationnel que son régulateur, peuvent venir influencer cette utilité première. Par exemple, nous avons vu que la prise en compte des impacts du virage ambulatoire sur le travail des professionnels dans les établissements de santé fournit des explications possibles quant à l'absence d'impact linéaire de ce virage sur l'équilibre économique de ces établissements à court terme.

En outre, notre analyse des impacts de ce virage met en lumière différentes manières possibles d'appréhender le lien causal entre les cadres d'organisation promus par les dispositifs de régulation souple intermédiée et les impacts que les régulateurs en attendent. Lorsque ces impacts peuvent être mesurés par des indicateurs utilisés par le régulateur, le chercheur peut avoir recours à des méthodes quantitatives. Le choix de la méthode peut dépendre du type et du nombre des indicateurs d'impact à considérer, ainsi que de la variable retenue pour apprécier la proximité au cadre d'organisation concerné. Nous nous bornerons donc ici à indiquer quelques unes des options envisageables, à l'aune des enseignements de cet exercice pour le virage ambulatoire. Lorsque l'analyse se concentre sur un seul impact, ou sur plusieurs impacts pris isolément, la modélisation économétrique (Hsiao, 2014) ou l'analyse de la variance à un critère (Lachance et Raîche, 2014) peuvent par exemple convenir. Pour notre étude de l'impact économique du virage ambulatoire, la modélisation économétrique présentait l'avantage de pouvoir expliquer les résultats obtenus, en différences de différences, par l'analyse de la variance. Cette modélisation nous a en effet permis de tester la contribution propre du virage ambulatoire à l'équilibre d'exploitation des établissements de santé par rapport aux autres déterminants connus de cet équilibre (Moisdon, 2012, 2013). Là aussi, avec plus de temps, cette étude aurait pu être complétée en substituant les paramètres du virage ambulatoire par l'appartenance aux différents cadres d'hospitalisation comme variable explicative, afin de tester l'existence d'effets de seuils pour cet impact. L'analyse de la variance multicritère (Lachance et Raîche, 2014) peut être en revanche mieux appropriée pour l'évaluation d'impacts multiples. Dans ces évaluations multivariées, lorsque différentes configurations opérationnelles d'un même cadre d'organisation sont observables, il peut également être intéressant de se demander si ces configurations conduisent à des impacts distincts. L'analyse discrimante (Beaudry et Ménard, 2014) peut se révéler intéressante dans ces situations. Nos données ne nous en ont malheureusement pas laissé l'opportunité, puisque nous n'avons pu identifier qu'une seule configuration opérationnelle du virage ambulatoire en chirurgie, et que nous ne disposions pas d'indicateurs de mesure pour les impacts non-économiques.

Notre évaluation de l'utilité du virage ambulatoire prouve néanmoins que, même lorsque les indicateurs de mesure pour certains impacts ne sont pas disponibles, une solution méthodologique de moindre portée peut venir combler en partie ce manque. Elle consiste à rendre compte de la perception de ces impacts par les acteurs de terrain rencontrés au cours des études de cas, exploratoires et confirmatoires. Ce palliatif suppose toutefois que la question des impacts du cadre d'organisation ait au préalable été intégrée dans la grille d'entretien pour ces études de cas. Cette approche qualitative plus modeste ne remplace pas une analyse systémique des impacts, car elle ne saurait être statistiquement représentative (Desplatz et Ferracci, 2016; Eisenhardt, 1989). Elle peut cependant permettre, comme l'ont illustrés nos données de cas, de dévoiler les relations qui peuvent exister entre différentes natures d'impacts. Une solution plus complète à l'absence d'indicateurs d'impacts serait de

rechercher ces instruments de mesure dans la littérature et d'en mettre en place les recueils. Mais le grand nombre de données manquantes auxquelles nous avons été confrontés, y compris dans les bases nationales gérées par des organismes spécialisés dans la collecte et le traitement de l'information, nous laisse penser qu'atteindre un niveau de complétude de taille systémique exige une charge de travail et des moyens techniques que le chercheur peut difficilement assumer seul. Ce type de solutions nécessite par conséquent d'établir des partenariats avec des gestionnaires de bases de données. Une quantification des impacts dans les cas sélectionnés semble être une option plus réaliste, bien qu'elle ne permette pas non plus de mesurer ces impacts à l'échelle systémique.

Au global, si la démarche que nous avons expérimentée apporte des réponses aux enjeux de causalité complexe inhérents à la régulation souple intermédiée, elle n'en est pas pour autant exempte de *limites*. Premièrement, elle ne traite pas du problème de ciblage des dispositifs de régulation souple intermédiée. L'analyse configurationnelle comparative n'autorise qu'une généralisation étendue aux mêmes catégories de cas (Rihoux et Ragin, 2009). Nous n'avons donc pas de garantie que les résultats que nous avons trouvés sur un échantillon présentant des caractéristiques particulières sur les paramètres du virage ambulatoire se vérifient également dans les établissements qui ne partagent pas ces caractéristiques. De la même manière, la validité des résultats de notre modélisation économétrique pour les établissements offrant un case-mix plus restreint demeure à tester.

Deuxièmement, l'existence de plusieurs niveaux imbriqués de causalité peut aussi être une source de complexité (Brault, Dion, et Dupéré, 2014). Or, les systèmes de gouvernance de la régulation fonctionnent souvent en chaîne (Havinga et Verbruggen, 2017), ce qui accroît la probabilité que ce type de complexité causale se présente. Dans le cadre du Plan triennal, la chaîne de régulation a laissé une grande marge d'adaptation des dispositifs de régulation à l'échelon régional, qui a donné lieu à quatre types d'appropriation de ces dispositifs par les régulateurs secondaires. Puisque notre étude exploratoire montrait que ces appropriations ne déterminaient pas l'usage qui pouvait en être fait au sein des établissements régulés, nous avons ramené ce niveau de causalité à l'échelle micro. Nous avons noté cependant que ces appropriations régionales pouvaient offrir différentes possibilités d'usage des dispositifs de régulation aux porteurs du changement dans les organisations régulées. Une étude complémentaire sur les usages des dispositifs de régulation les plus fréquents par type d'appropriation régionale aurait donc pu être intéressante pour rendre compte d'éventuelles contributions différenciées des régulateurs secondaires à l'efficacité de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal. De plus, notre modélisation du fonctionnement de l'autorégulation signale que plusieurs niveaux de causalité peuvent jouer au sein des organisations régulées elles-mêmes. Le lien causal entre les leviers managériaux et les leviers opérationnels aurait ainsi dû être examiné au-delà de nos études approfondies de cas, si l'exhaustivité de l'analyse des conditions opérationnelles du virage ambulatoire l'avait permis.

Troisièmement, il n'est pas évident que les prérequis de notre démarche évaluative puissent être toujours facilement réunis. Nous avons notamment dû borner notre propre expérimentation de cette démarche à l'horizon temporel de deux ans, car les données disponibles sur les indicateurs du virage ambulatoire pour la dernière année du Plan triennal – 2017 – n'étaient encore pas suffisamment exhaustives au moment de la rédaction du présent manuscrit, soit environ un an après la fin de ce Plan. Cet exemple illustre le décalage que le

temps de mise à disposition des données peut induire entre la politique publique et son évaluation. Les prérequis d'hétérogénéité et d'équilibre entre le nombre de cas et de conditions ne sont pas moins problématiques, car leur vérification ne peut être effectuée qu'après la collecte des données. Si le recrutement de nouveaux cas peut bien sûr s'envisager à ce stade, la taille parfois réduite des échantillons concernés par les dispositifs de régulation souple intermédiée – elle était de 196 établissements pour l'accompagnement de l'ANAP – peut parfois rendre cette solution impossible à mettre en œuvre. En outre, deux prérequis qui ne sont pas méthodologiques mais pratiques se dégagent de notre expérimentation : 1. cette démarche demande du temps – en délais et en quotité – au chercheur ainsi qu'aux acteurs de la régulation impliqués dans l'évaluation ; et 2. elle suppose que l'évaluateur ait accès tant à des bases de données qu'à ces acteurs.

Il convient finalement de préciser que nous avons inclus la notion d'intermédiation dans l'intitulé de notre démarche, car notre expérimentation a concerné une politique publique dans laquelle les dispositifs de régulation souple étaient majoritairement animés par l'intermédiaire de régulation. Néanmoins, la complexité causale que cette démarche entend traiter provient de la nature souple de la régulation et non pas son caractère indirect. En conséquence, cette démarche est aussi applicable à des dispositifs de régulation souple et directe. Cette forme souple et directe de gouvernance de la régulation, qu'Abbott et al. (2015) désignent par le terme de collaboration, est apparue de manière marginale sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, dans les deux régions où les régulateurs secondaires ont, de manière autosuffisante, déployé des dispositifs d'accompagnement sans le concours de l'ANAP et révisé les dispositifs de normation méthodologique proposés par cet intermédiaire. Nous avons vu toutefois que cette forme collaborative de régulation n'a pas interdit l'intermédiation mais l'a plutôt concurrencée, puisque l'action de l'ANAP a également eu lieu dans ces deux régions. Cette concurrence ne s'étant trouvée que dans deux régions sur 14, nous avons centré notre évaluation sur la régulation souple intermédiée. Mais la même démarche évaluative aurait pu être menée en incluant les dispositifs de normation méthodologique et d'accompagnement propres aux régulateurs secondaires, si la régulation souple directe avait été plus étendue. Cette dernière précision conduit cependant à discuter l'apport de notre recherche pour la question des effets incombant spécifiquement au caractère indirect de l'intermédiation.

Compléter le modèle RIT : les effets de l'intermédiation

Nous avons mentionné au premier chapitre que le modèle RIT est lui-même venu enrichir un modèle précédent, celui de l'orchestration (K. W. Abbott et al., 2015), en précisant les types de capacités pour lesquelles des régulateurs peuvent faire appel à des intermédiaires, ainsi que les fonctions que ces intermédiaires remplissent aux différentes phases de la régulation. Pour rappel, Abbott et al. (2017c) distinguent quatre types de capacités des intermédiaires : 1. la capacité opérationnelle ; 2. l'expertise ; 3. l'indépendance ; et 4. la légitimité. Ces auteurs mettent également en avant trois fonctions principales des intermédiaires : 1. la traduction des normes ; 2. le contrôle d'exécution ; ainsi que 3. la participation au dialogue sur la régulation et son évaluation, notamment à travers la coproduction des normes et la communication aux régulateurs du retour d'informations provenant du régulé. Toutefois, nous avons également

noté qu'en son état actuel de développement, le modèle RIT ne rend que très peu compte des effets que l'intermédiation peut induire sur les organisations régulées et régulatrices. Puisque nous avons placé cette question des effets de l'intermédiation au centre de notre recherche, notre analyse de la participation de l'ANAP à l'axe virage ambulatoire du Plan apporte des compléments au modèle RIT sur cette dimension. Ces compléments donnent des indications sur *les conditions d'effectivité de l'intermédiation*, c'est-à-dire sur les conditions permettant à l'intermédiaire de produire des effets sur les organisations régulées et régulatrices par ses capacités et fonctions.

Une première série de conditions découle du *caractère contingent de l'effet de capacitation* que peut engendrer l'intermédiation. Par le terme de « capacitation » nous désignons le « renforcement des capacités » que Braithwaite (2011, p. 475) considère comme faisant partie de l'essence des formes réactives de régulation. En effet, la régulation réactive consiste à adapter les instruments de régulation pour répondre aux besoins des régulés (Ayres et Braithwaite, 1992; Scott, 2017). En évoquant un effet de capacitation de l'intermédiation, nous voulons par conséquent signifier que l'intermédiaire ne renforce pas seulement les capacités de régulation des régulateurs identifiées dans le modèle RIT (K. W. Abbott et al., 2017c) mais aussi les capacités d'autorégulation des régulés (Gond et al., 2011). Ce double effet de capacitation – des régulateurs et des régulés – amène à se demander quelles sont exactement les capacités de régulation que les intermédiaires peuvent renforcer à ces deux niveaux. Notre analyse du régime de gouvernementalité du Plan triennal sur l'axe virage ambulatoire, ainsi que de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée qui y ont été déployés, offre des éléments de réponse à cette question, que nous allons expliciter dans les paragraphes suivants. Nous voulons toutefois souligner dès à présent que l'effet de capacitation de l'intermédiaire n'a, en l'occurrence, pas été systématique. Nous allons voir que cet effet a dépendu, d'une part, des capacités des régulateurs secondaires, et, d'autre part, des stratégies suivies par les professionnels portant le changement dans les organisations régulées. C'est pourquoi nous avons qualifié cet effet de contingent.

Concernant les régulateurs tout d'abord, le renforcement des capacités de régulation par l'ANAP a surtout concerné les régulateurs secondaires, puisque c'est à ce niveau de régulation que les régulateurs primaires du Plan triennal ont souhaité que l'ANAP intervienne en premier lieu. Nous avons noté dans notre étude de l'appropriation régionale des dispositifs de régulation de ce Plan que la mise en œuvre de ces dispositifs à cet échelon avait avant tout requis deux capacités : 1. un savoir-faire méthodologique en gestion de projet et 2. des connaissances thématiques sur les processus organisationnels impliqués dans le virage ambulatoire – comme par exemple la gestion des blocs opératoires ou des unités de chirurgie ambulatoire. La gestion de projet ayant principalement consisté en l'occurrence à interagir avec les établissements régulés pour qu'ils produisent une feuille de route et qu'ils rendent compte de son avancement, elle a relevé de ce que Abbott et al. (2017c) qualifient de capacité opérationnelle. Les connaissances thématiques se rapportaient quant à elles plutôt à une forme d'expertise. Dans les démarches d'appropriation intégratives et partenariales, les régulateurs secondaires ont eu recours à l'ANAP pour ces deux types de capacité. Dans les démarches dissociatives, seules les capacités thématiques ont été mobilisées. Enfin, dans les démarches autosuffisantes, les régulateurs n'ont fait appel à l'intermédiaire pour aucune de ces deux capacités.

Notre exploration des facteurs ayant pu expliquer l'inscription dans l'une ou l'autre de ces démarches a révélé que, dans les démarches intégratives et partenariales, les régulateurs secondaires disposaient déjà en partie de ces deux capacités, alors que ces capacités semblaient être plutôt absentes chez les régulateurs secondaires ayant suivi la démarche dissociative et très présentes chez ceux ayant opté pour la démarche autosuffisante. Il peut en être déduit qu'au niveau secondaire de régulation l'intermédiation a produit un effet de capacitation *lorsque les capacités opérationnelles et l'expertise de l'intermédiaire ont complété par démultiplication celles des régulateurs secondaires*. Il s'est bien agi d'une démultiplication et non d'une substitution, car l'ANAP n'a pas exercé ces capacités à la place des régulateurs secondaires mais avec eux. Notamment, dans les deux régions dissociatives, où les régulateurs secondaires ne disposaient pas de suffisamment de moyens humains pour s'approprier l'ensemble des dispositifs de régulation, l'ANAP n'a pas pris à sa charge la gestion du projet régional. Elle a aidé les régulateurs secondaires sur les actions menées par ceux-ci et pour lesquelles ils l'ont sollicitée, c'est-à-dire prioritairement l'organisation de journées sur certaines thématiques. Ainsi, lorsque les capacités opérationnelles des régulateurs secondaires étaient trop faibles pour faire vivre tous les dispositifs de régulation, l'effet de capacitation n'a porté que sur l'expertise. La dimension complémentaire de l'effet de capacitation indique en outre que, pour que cet effet ait eu matière à s'appliquer, il fallait que les régulateurs secondaires ne soient pas autosuffisants, c'est-à-dire qu'ils ne possèdent pas déjà eux-mêmes toutes les capacités suffisantes au fonctionnement de la régulation.

Au niveau des établissements régulés, la modalité d'action de l'intermédiaire qui a accru la capacité d'autorégulation du régulé a été l'accompagnement. C'est en effet ce dispositif de régulation intermédiée qui apparaît dans certaines solutions de conditions managériales suffisantes à la progression dans le virage ambulatoire en chirurgie. Cet accompagnement a été employé par les professionnels portant le changement ambulatoire à l'intérieur de ces établissements dans deux stratégies : 1. pour légitimer ce changement lorsque les groupes composant leur organisation y étaient plutôt hostiles ; et 2. pour déterminer les objectifs à piloter, qu'elle qu'ait été l'opinion majoritaire parmi ces groupes. L'apport de l'intermédiaire à l'échelle micro de régulation ne semble donc pas avoir résidé dans la fourniture d'une expertise thématique mais dans l'accroissement des capacités d'actions de ces porteurs internes du changement. Ainsi, alors que la capacité opérationnelle est envisagée uniquement dans le modèle RIT comme la capacité d'interaction entre régulateurs et régulés (K. W. Abbott et al., 2017c), les résultats de notre analyse configurationnelle comparative suggèrent que la capacité du régulé à agir sur lui-même est aussi une forme de capacité opérationnelle à laquelle l'intermédiaire peut contribuer. Ces résultats indiquent également que, *pour produire des effets à l'échelle des organisations régulées, cette capacitation doit s'inscrire dans des stratégies adaptées aux dynamiques internes à ces organisations*. En effet, les stratégies de mobilisation des dynamiques favorables au virage ambulatoire n'ont pas eu besoin de cette capacitation de l'intermédiaire pour réussir. De la même manière, les stratégies de recherche de soutiens dans les cas de dynamiques conflictuelles ont pu fonctionner sans capacitation de la part de l'intermédiaire.

Notre analyse des conditions opérationnelles du virage ambulatoire sur la base du Macrodiag confirme par ailleurs que, comme le soulignent Abbott et al. (2017c), l'expertise d'un intermédiaire est bien une capacité distincte de sa capacité opérationnelle, puisque la connaissance experte des établissements régulés – en l'occurrence : de leurs processus de

gestion – n'a pas permis à l'ANAP de savoir de manière exhaustive quelles étaient les conditions opérationnelles pertinentes pour le changement spécifique que représentait le virage ambulatoire en chirurgie. L'opérationnalisation plus complète de ce cadre d'organisation aurait demandé, selon les référents ANAP que nous avons interrogés, un travail en soi, que les circonstances de production du Macrodiag ne leur ont pas permis de faire. Il convient en outre de rappeler que l'ANAP a fait appel à des consultants pour mettre en œuvre les modalités d'accompagnement qu'elle a proposées : le mentorat, les sessions de transfert de compétence et les cercles. L'effet de capacitation opérationnelle du régulé dans le cadre de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal est par conséquent le fruit d'une chaîne d'intermédiation (De Silva, 2017; Havinga et Verbruggen, 2017). Enfin, dans les stratégies où cet effet a joué, ce qui a renforcé les capacités d'actions des porteurs internes du changement ambulatoire a été la fourniture de ressources externes de légitimité. Ces ressources ont permis à ces porteurs, dans les cas de dynamiques adverses, de prouver que ce changement avait été possible dans d'autres établissements. Elles les ont aussi aidés, dans des contextes indifférents au changement ambulatoire, à fixer des objectifs pour ce changement par comparaison aux valeurs des indicateurs du virage ambulatoire dans certains de ces autres établissements. La capacité opérationnelle de l'intermédiaire a par conséquent reposé sur une autre de ces capacités de régulation : sa légitimité.

Abbott et al. (2017c) affirment que l'expertise, l'indépendance et la capacité opérationnelle peuvent constituer des sources de légitimité pour l'intermédiaire. Les conclusions de notre analyse des conditions managériales de l'efficacité de l'intermédiation sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, que nous venons de rappeler, signalent que le sens de cette relation peut aussi s'inverser pour ce qui concerne la capacité opérationnelle, dans la mesure où la légitimité de l'ANAP a été pour elle une source de capacité opérationnelle. De plus, notre analyse du régime de gouvernementalité de cet axe du Plan triennal met en évidence que l'ANAP n'a pas tiré sa légitimité de son indépendance ou de son expertise, mais plutôt de sa capacité à dresser des ponts entre les différentes procédures de véridiction employées au cours de ce Plan. Dans le cas d'espèce, *la légitimité de l'intermédiaire a ainsi procédé d'un effet de conjonction des véridictions*. Cette conjonction a bien été associée à la capacité opérationnelle de cet intermédiaire, puisque, du point de vue des régulateurs primaires, la légitimité de la parole de l'ANAP provenait principalement de sa proximité avec les organisations régulées. Au niveau de ces organisations également, la légitimité de l'ANAP a dépendu de la congruence des données quantitatives, des outils d'autodiagnostic et des retours d'expérience qu'elle diffusait à l'expérience opérationnelle de professionnels travaillant dans ces établissements.

Cependant, nous avons vu que ces trois procédures de véridiction n'ont pu générer des effets de subjectivation collective dans les organisations régulées que parce que ces procédures fournissaient une objectivation à laquelle ces professionnels pouvaient se confronter. Par conséquent, ce n'est pas la seule connaissance des régulés par l'ANAP ou par les consultants qu'elle employait qui a produit des effets de vérité, mais la capacité de l'ANAP et de ces consultants à traduire cette connaissance en chiffres, en outils et en témoignages. Ce qui a fondé la légitimité spécifique de l'ANAP sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal est d'avoir été le seul acteur à maîtriser l'ensemble des procédures de véridiction à l'œuvre dans le Plan triennal, et par conséquent à pouvoir faire le lien entre l'objectivation du régulé par le régulateur et sa subjectivation. La ré-objectivation du régulé a

en effet d'abord été le fruit d'une quantification par le régulateur, à travers des objectifs économiques et opérationnels – de TA, de DMS et de TU notamment. La re-subjectivation des régulés a au contraire été rendue visible par le récit des professionnels ayant déjà expérimenté le virage ambulatoire. L'ANAP a fait dialoguer ces deux vérités, en proposant aux régulés une représentation quantifiée d'eux mêmes et en fournissant au régulateur une vision formalisée, par des retours d'expérience et des outils de diagnostic, de l'expérience des régulés. De cette manière, l'ANAP bénéficiait de la légitimité du régulateur auprès des régulés et de la légitimité du régulé auprès du régulateur. Cette double légitimité a induit des effets de vérité dans des organisations régulées comme régulatrices. Certains de établissements que nous avons visités ont ainsi mis en place des actions de transformation – par exemple pour la gestion des séjours longs ou des consultations externes – suite à l'objectivation de leur situation par l'ANAP. De la même manière, la modélisation par l'ANAP du fonctionnement des hôpitaux de jour en médecine – à travers notamment un outil d'autodiagnostic pour ces unités – a été saluée par certains des pilotes nationaux du Plan triennal que nous avons rencontrés comme une avancée sur ce versant du virage ambulatoire. Ainsi, l'ANAP offre un cas d'étude intéressant pour le modèle RIT, car les effets de vérité découlant de la légitimé de cet intermédiaire n'apparaissent pas conditionnés par son expertise ou par son indépendance vis-à-vis des régulés comme des régulateurs, mais plutôt par sa capacité d'intermédiation entre les procédures de véridiction employées par les uns et par les autres.

En outre, nous avons précisé au quatrième chapitre que les procédures de véridiction utilisées par l'ANAP ne reposaient pas sur la recherche d'une vérité d'ordre scientifique mais plutôt sur l'expression par le sujet organisationnel d'une vérité sur lui-même. C'est pourquoi nous avons qualifiées ces procédures, à la suite de Michel Foucault (1980), d'alèthurgiques. Cette alèthurgie diffère des procédures de véridiction relevant d'une logique de scientisation (Djelic et Sahlin-Andersson, 2006), d'auditabilité (Miller et Power, 2013) ou de convenance (Mörth, 2004) mentionnées dans la littérature sur la gouvernance de la régulation, en ce qu'elle ne vise pas seulement à conformer le régulé à une objectivation mais aussi à conformer l'objectivation à la subjectivité du régulé. Il en est résulté que la fonction principale exercée par l'ANAP dans le fonctionnement macro du régime de régulation a été de permettre un *apprentissage alèthurgique*, en alimentant une boucle de rétroaction (Argyris et Schon, 1996) entre l'objectivation des régulés par les régulateurs et la subjectivation de ces régulés. Cette fonction d'apprentissage alèthurgique fait le lien entre deux formes d'apprentissage relevées dans les contributions au modèle RIT : l'apprentissage réflexif du régulé sur le sujet collectif qu'il constitue dans le système de régulation (Loconto, 2017) et l'apprentissage du régulateur sur le régulé (Auld et Renckens, 2017). Toutefois, elle se distingue des principales fonctions attribuées aux intermédiaires dans le modèle RIT (K. W. Abbott et al., 2017c) ainsi que dans la littérature sur les intermédiaires de régulation qui l'a précédé (Brès et Gond, 2014; Ramirez, 2012), c'est-à-dire la traduction de normes, le contrôle d'exécution et la participation au dialogue sur l'évaluation de la régulation.

Concernant la co-production ou la traduction des normes, tout d'abord, il convient de rappeler que l'ANAP n'est pas investie d'un pouvoir d'édiction de normes professionnelles, alors que d'autres intermédiaires, comme les associations professionnelles (Greenwood et al., 2002), peuvent l'être. Si nous avons mentionné au quatrième chapitre que l'ANAP a échafaudé des normes, au sens large de conditions et méthodes de travail (DiMaggio et

Powell, 1983), au cours du Plan triennal, cette « normation » (Foucault, 1978, p. 59) n'a concerné que la gestion du projet de changement ambulatoire et certains processus opérationnels impliqués dans ce changement. De plus, nous avons illustré avec plusieurs exemples que les dispositifs de normation disciplinaire auquel a eu recours l'ANAP – les indicateurs d'avancement et opérationnels, les feuilles de route et le Macrodiag – ont été largement adaptés, et même parfois non renseignés, par les établissements régulés. La participation normative de l'ANAP s'est en fait bornée à la définition des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan – dits de « monitorage » et d'« accompagnement » – au niveau national et au niveau régional. Il s'est donc agi davantage d'un rôle de co-production des dispositifs de la régulation plutôt que de ses normes. La fonction de contrôle d'exécution de l'ANAP dans le cadre du Plan triennal n'est pas non plus évidente. Certes, dans les cinq régions où les régulateurs secondaires ont suivi une démarche intégrative, les dispositifs de monitorage mis en place par l'ANAP ont alimenté la contractualisation entre ces régulateurs et les établissements régulés. Mais nous avons souligné que la contractualisation dans le cadre du Plan triennal était un dispositif plus réactif que contraignant. Son objectif était donc moins de vérifier la bonne exécution des objectifs contractuels que de comprendre comment certains régulés parvenaient à les atteindre. De la même manière, la contribution de l'ANAP au dialogue sur l'évaluation de la régulation, en dehors de sa fonction d'apprentissage alèthurgique, ne ressort pas clairement de nos données. Certains des pilotes nationaux du Plan que nous avons interrogés en 2017 nous ont fait part, ainsi que nous l'avons retranscrit au quatrième chapitre, de leur regret quant à l'absence de connaissance disponible sur l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan alors que celui-ci arrivait à son terme. Nous avons nous-mêmes pu constater, à travers notre étude des conditions opérationnelles de cette efficacité, les limites du Macrodiag en tant qu'outil de génération d'un savoir sur ces conditions.

Pour autant, l'ensemble des pilotes nationaux du Plan que nous avons rencontrés, au début comme à la fin du Plan triennal, ont considéré comme essentiel l'apport de l'ANAP au fonctionnement du Plan triennal. Cette appréciation tenait principalement au fait que, selon eux, seule l'ANAP était en capacité d'accompagner les établissements dans leur apprentissage du nouveau cadre d'organisation que représentait l'hospitalisation ambulatoire, et d'aider aussi les régulateurs secondaires à accompagner également ces établissements dans cet apprentissage. Notre analyse des démarches d'appropriation régionales ainsi que des conditions managériales de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée du Plan triennal montre que deux régions sur 14 ont pu mettre en œuvre elles-mêmes cette accompagnement, et que les dispositifs animés par l'ANAP n'ont pas joué un rôle déterminants pour cet apprentissage dans tous les contextes. Il n'en demeure pas moins que l'accompagnement de l'ANAP a bien été approprié par la majorité des régulateurs secondaires et qu'il a effectivement contribué à l'apprentissage organisationnel dans certains types de dynamiques intra-organisationnelles, par l'effet de capacitation des porteurs du changement ambulatoire qu'il a provoqué. L'ANAP a en outre pu construire à l'issue de cet accompagnement des objectivations du virage ambulatoire, notamment en médecine, jugées valides par des régulateurs centraux. Ces résultats invitent donc à considérer *l'apprentissage alèthurgique comme une fonction à part des intermédiaires de régulation*, qui peut bien sûr alimenter le dialogue sur la régulation souple mais aussi conditionner son efficacité.

Au final, bien que nous ayons décrit séparément les effets de capacitation contingente, de conjonction des véridictions et d'apprentissage alèthurgique provoqués par l'intermédiation dans le cadre du Plan triennal, afin de mieux les expliciter, *les interactions entre ces trois effets* transparaissent dans notre exposé. Nous avons ainsi relevé un rapport de renforcement mutuel entre l'effet de capacitation et celui de conjonction des véridiction, puisque l'effet de capacitation de l'ANAP a procédé d'une légitimation du changement ou de ses objectifs et que la légitimité de cet intermédiaire, sans laquelle il n'aurait pas pu à son tour légitimer le changement, a découlé de sa capacité à faire dialoguer les procédures de véridiction des régulés et des régulateurs. Dans le sens inverse, c'est en partie la capacité opérationnelle de l'ANAP, c'est-à-dire sa proximité et sa connaissance des régulés, qui lui a permis de réaliser la jonction entre l'objectivation et la subjectivation de ces régulés. Se faisant, l'ANAP a produit une vérité alèthurgique sur les régulés, participant à l'efficacité de la régulation par l'apprentissage des régulés. Ce sont en effet dans les organisations régulées où les dispositifs animés par l'ANAP ont contribué à cet apprentissage que son rôle dans la capacitation des porteurs du changement ambulatoire apparaît déterminant.

En conclusion, notre travail nous conduit à proposer deux apports pour la recherche sur les formes souples et intermédiées de gouvernance de la régulation : 1. une démarche méthodologique d'évaluation répondant aux enjeux de complexité causale que pose le caractère souple de cette gouvernance, et 2. des connaissances relatives aux effets de l'intermédiation, qui complètent le modèle conçu par Abbott et al. (2017c) pour analyser ce type de régulation tripartite. Ces apports comportent néanmoins des limites. Ainsi, notre démarche méthodologique ne résout pas les problèmes de ciblage des dispositifs de régulation souple intermédiée, et ne rend pas compte de l'efficacité ou de l'utilité de tous les niveaux de régulation qui peuvent être imbriqués dans ces dispositifs. Elle implique en outre des prérequis qui peuvent réduire son applicabilité. Toutefois, nous avons pensé cette démarche comme une première base de réflexion sur l'adaptation des méthodes d'évaluation aux caractéristiques nouvelles des régimes de gouvernance de la régulation. Dans la mesure où elle synthétise plus qu'elle ne remet en cause les méthodes d'évaluation usuelles (Desplatz et Ferracci, 2016), cette démarche est ouverte à des amendements futurs.

De la même manière, nous ne prétendons pas que les effets de l'intermédiation que nous avons mis au jour dans le cas spécifique de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal soient généralisables à tous les intermédiaires ni exclusifs d'autres effets possibles. Notamment, l'absence de pouvoir de l'ANAP en matière d'édiction de normes professionnelles dans un champ organisationnel où la logique professionnelle domine historiquement (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013) invite à considérer ce cas dans sa singularité. Cette originalité de notre terrain dévoile cependant une autre fonction potentielle de l'intermédiation que celles énoncées dans le modèle RIT (K. W. Abbott et al., 2017c), la fonction d'apprentissage alèthurgique, et suggère que les capacités pour lesquelles les régulateurs font appel à des intermédiaires peuvent n'être effectives que sous certaines conditions. Ainsi, la capacité opérationnelle de l'ANAP a renforcé les capacités de régulation des régulateurs secondaires lorsque ceux-ci disposaient déjà en partie mais pas en totalité des savoir-faire en gestion de projet et des expertises thématiques impliqués par cette régulation. Au niveau des établissements régulés également, l'ANAP n'a pu accroître les capacités d'autorégulation dans ces organisations que lorsque son accompagnement offrait le type de

légitimation du changement ambulatoire pertinent pour des stratégies de conduite de ce changement adaptées à leurs contextes. La légitimité même de l'ANAP a dépendu de sa faculté à faire dialoguer les procédures de véridiction employées par les régulateurs et les régulés, faisant apparaître une conditionnalité réciproque entre légitimité et capacité opérationnelle. Ces constats ne bornent pas l'investigation sur les conditions d'effectivité ou les fonctions de l'intermédiation dans la régulation, mais appellent au contraire à explorer davantage ces dimensions du modèle RIT. En outre, ces résultats sont la preuve qu'une approche en régimes de gouvernementalité telle que nous l'avons développée peut venir compléter de manière constructive le champ des connaissances sur la régulation des organisations, au-delà des théorisations directement ancrées dans un héritage foucaldien.

Section 2 : Implications pour une approche constructive de la gouvernementalité

L'approche que nous avons élaborée pour l'analyse de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal emprunte à Aggeri (2005) la notion de régime de gouvernementalité. Nous avons exposé à la fin du premier chapitre les liens entre les catégories qu'Aggeri (2005) et nous-mêmes avons tirées des travaux de Michel Foucault sur la gouvernementalité. Nous avons également précisé, au second chapitre, que Cazin (2017) a complété la caractérisation des formes de gouvernementalité sanitaire en France forgée par Lenay (2005) avec le mode de relation entre gouvernants et gouvernés provenant d'Aggeri (2005). Notre approche s'inscrit donc dans la continuité des travaux précédents du CGS sur la gouvernementalité, qui montrent une cohérence entre eux, et qui ont déjà en partie porté sur le champ sanitaire français. Notre lecture de la conception et de l'évolution de la notion de gouvernementalité chez Michel Foucault, telles qu'elles transparaissent notamment dans les leçons qu'il donna au Collège de France entre 1978 et 1984, nous a néanmoins amenés à proposer une reformulation des composantes des grilles précédentes d'analyse des régimes de gouvernementalité. Nous nous sommes attachés, dans le premier et le second chapitre, à souligner les correspondances entre ces composantes et celles des versions plus anciennes. Ces modifications ont principalement pour but de mettre en avant la technologie et les processus employés par les régimes de gouvernementalité, afin de rendre compte de la rationalité dominante qui anime les dispositifs de gouvernement d'un régime (Foucault, 1978), ainsi que des trois types de processus que ces dispositifs peuvent déclencher : 1. d'objectivation et de subjectivation ; 2. de véridiction ; et 3. de pouvoir. De cette matière, nous avons souhaité, en suivant les recommandations finales données par Michel Foucault lui-même, « étudier, sans jamais les réduire les uns aux autres, les rapports entre vérité, pouvoir et sujet » au sein d'un régime de gouvernementalité (Foucault, 1984c, p. 10).

L'emploi de cette grille analytique renouvelée pour caractériser le régime de gouvernementalité de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal débouche sur une interrogation quant aux apports de cette approche particulière relativement à d'autres usages de ce corpus théorique foucaldien en sciences de gestion. Premièrement, notre approche se distingue de l'analyse critique des relations de pouvoir dans les organisations, à laquelle l'héritage foucaldien a souvent été confiné (Hardy et Clegg, 2006; McKinlay et Starkey, 1998). De ce point de vue, notre approche en régimes de gouvernementalité invite à

s'échapper du Panoptique, en tant que référence réductrice de l'œuvre du Michel Foucault, et en tant qu'enfermement de la pensée foucaldienne sur elle-même. Deuxièmement, notre approche suggère un déplacement de focale, d'une vision typologique des instruments de gestion publique (Lascoumes, 2005; Lascoumes et Le Galès, 2004; Moisdon et al., 1997) à l'examen des processus par lesquels l'action publique opère. Puisque cette approche conduit *in fine* à s'intéresser à comment l'action collective se construit (Hatchuel, 2005) au cours de la régulation, nous l'avons qualifiée de « constructive ». Par ce terme également, nous voulons signifier que cette approche peut être orientée vers la participation à cette construction, dans la mesure où elle permet de dégager des propositions pour cette action.

S'échapper du Panoptique

L'évocation de Michel Foucault (1977) du Panoptique de Bentham est sans doute l'une des parties les plus connues de son œuvre. Ce passage est souvent interprété comme une *description de dispositifs de pouvoir produisant des effets automatiques* qui annihilent toute capacité d'action humaine sur ces dispositifs (Friedland et Alford, 1991). Notre recension des dits et écrits de Michel Foucault postérieurs à *Surveiller et punir* (Foucault, 1977), dans lesquels il façonne progressivement le concept de gouvernementalité, invite à replacer l'analyse du Panoptique dans une compréhension plus large des « mécanismes et de[s] procédures destinés [...] à conduire la conduite des hommes » (Foucault, 1980, p 14). Tout d'abord, le Panoptique correspond à un mécanisme particulier de pouvoir : la discipline. Or, d'autres mécanismes de pouvoir, de nature juridico-administrative ou pastorale, peuvent exister – et même coexister avec des mécanismes disciplinaires – dans un appareillage gouvernemental donné (Foucault, 1978). De plus, il est, selon Michel Foucault, stérile de considérer les mécanismes de pouvoir isolément, sans les rattacher aux procédures de véridiction qu'ils emploient (Foucault, 1980) ainsi qu'aux modes de définition des sujets auxquels ils aboutissent (Foucault, 1984c). Résumer l'apport foucaldien pour les sciences de gestion aux mécanismes par lesquels les acteurs organisationnels sont disciplinés (Lawrence, 2008) est par conséquent réducteur. Cette réduction est d'autant plus appauvrissante qu'elle passe à côté de ce que Michel Foucault considérait comme le « thème général » de sa recherche : la question de la définition du sujet (Foucault, 1983b, p. 209).

Notre approche en régimes de gouvernementalité propose au contraire de resituer les mécanismes de pouvoir dans leur diversité et dans un ensemble analytique plus vaste, dont le chercheur va tenter de discerner l'assemblage. La notion de régime suppose en effet que plusieurs éléments soient articulés dans une visée cohérente (Aggeri, 2005; Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2011; S. K. Vogel, 1996). Pour Michel Foucault, les principes régissant cette mise en ordre sont à explorer dans la rationalité qui donne leur sens aux dispositifs de gouvernement ; cette rationalité est dominante, dans la mesure où elle asservit les autres rationalités qui peuvent subsister (Foucault, 1978). Les *dispositifs ainsi orientés selon une rationalité dominante composent une technologie de gouvernement* (Foucault, 1978) qui donne son ossature au régime, puisque ce sont ces dispositifs et cette rationalité qui vont guider les processus d'objectivation, de subjectivation, de véridiction et de pouvoir à l'œuvre dans le régime. Nous avons volontairement positionné les processus d'objectivation et de

subjectivation avant les autres, afin de leur conférer la place centrale souhaitée par Michel Foucault (Foucault, 1983b). Ces objections et subjectivations employant nécessairement des procédures de véridiction (Foucault, 1981), il devient dès lors logique d'envisager ce second type de procédures. Ce n'est qu'alors, dans une dernière étape de l'analyse, que les mécanismes de pouvoir sur lesquels reposent ces procédures de véridiction peuvent être compris (Foucault, 1980).

Notre application de cette approche en régime de gouvernementalité à l'axe virage ambulatoire du Plan triennal nous a permis de mettre au jour la technologie sécuritaire qui a caractérisé cette articulation particulière de dispositifs de gouvernement, et de dévoiler que cette technologie était mue par une rationalité visant à transformer les établissements de santé ainsi que la régulation du système de santé elle-même afin de prévenir un risque financier à l'échelle de ce système. Dès lors, nous avons pu restituer le sens particulier de la ré-objectivation ambulatoire des régulés dans cette perspective, et confronter cette ré-objectivation aux réactions subjectives qu'elle suscitait chez ces régulés. Se faisant, nous avons pu constater que le régulateur dépendait de cette subjectivation pour formuler sa propre objectivation du régulé. Il en a découlé une prégnance alèthurgique des procédures de véridiction dans ce régime, car ces procédures étaient justement destinées à faire advenir cette subjectivation. La dominante pastorale des mécanismes de pouvoir apparaissait alors comme une conséquence logique de ce dessein aléthurgique (Foucault, 1980, 1984c), puisque cette forme de pouvoir a spécifiquement pour but de conduire le sujet dans la définition de lui-même (Foucault, 1978, 1981, 1983b). Les formes prises par les dispositifs juridico-administratifs et disciplinaires devenaient ainsi compréhensibles, parce qu'asservies à cette dominante pastorale.

L'approche en régime de gouvernementalité que nous avons développée nous a donc été très *utile pour rendre compte du fonctionnement de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal* au niveau national, et a guidé notre analyse des déclinaisons régionales et organisationnelles de ce fonctionnement. Par le terme de « fonctionnement », nous désignons les modes opératoires par lesquels procèdent des dispositifs de gouvernement situés dans le temps et dans l'espace. Ce vocable ne signifie pas que ce fonctionnement produise nécessairement les effets escomptés par ceux qui le conçoivent et le mettent en place. Nous avons vu notamment que la technologie sécuritaire de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal n'avait pas rempli son objectif premier de contribution au maintien de l'équilibre économique des établissements de santé au bout de deux ans. Il n'en demeure pas moins que les dispositifs de gouvernement ont été orientés et mis en marche selon la rationalité sous-tendant cette technologie. De la même manière, la cohérence entre les dispositifs de gouvernement supposée par cette technologie peut ne pas se vérifier dans les faits. Ainsi, il ressort de notre modélisation économétrique de l'impact économique du virage ambulatoire que les dispositifs de financement maintenus au cours du Plan triennal n'étaient pas pleinement cohérents avec la rationalité transformatrice de ce régime, dans la mesure où la prévalence des prises en charge longues en hospitalisation complète dans le case-mix des établissements continuait à influencer positivement leur équilibre d'exploitation, en raison de tarifs unitaires plus élevés. Mais le simple fait de pouvoir relever cette incohérence, liée à la préservation de dispositifs de gouvernement préexistants, montre que les dispositifs de gouvernement du Plan triennal ont été agencés selon une logique suffisamment singulière pour pouvoir repérer les dispositifs

contrevenant à cette logique. C'est cette conception spécifique d'un agencement logique de dispositifs de gouvernement que nous nommons « cohérence ».

Par cette approche en régimes de gouvernementalité, nous avons pu également retracer *les stratégies élaborées et déployées par les différents acteurs de la régulation*. Au niveau national, nous avons mis en lumière la stratégie de transformation sécuritaire suivie par les régulateurs primaires du Plan. À l'échelon régional, nous avons pu distinguer quatre stratégies d'appropriation des dispositifs de gouvernement par les régulateurs secondaires. Enfin, à l'échelon des organisations régulées, nous avons pu dévoiler les différentes stratégies menées par les porteurs du changement ambulatoire pour arriver à cette re-subjectivation collective. Cette exploration des stratégies de conduite des conduites est précisément ce à quoi Foucault invitait dans l'un de ces derniers textes traitant des relations entre sujets et pouvoir (Foucault, 1983b). Notre approche permet par conséquent de tirer pleinement profit de la richesse et de l'intérêt de l'héritage foucaldien pour les sciences de gestion, qui réside principalement, comme l'ont souligné Mennicken et Miller (2014), dans la compréhension de la façon dont les dispositifs gestionnaires opèrent – ce que nous avons désigné sous le terme de « fonctionnement » – et de la manière dont la subjectivité est définie au sein de rationalités situées dans le temps et dans l'espace. Loin d'une description désincarnée de mécanismes automatiques de pouvoir (Friedland et Alford, 1991), la fructification du legs foucaldien en gestion amène au contraire à se focaliser sur la façon dont les acteurs organisationnels donnent vie aux dispositifs de gouvernement.

Nous avons toutefois noté, dès le premier chapitre, que cette application de l'appareillage conceptuel de la gouvernementalité en sciences de gestion implique *un déplacement de la problématique de la subjectivité*, non plus envisagée, comme dans l'œuvre de Michel Foucault, au niveau individuel (Foucault, 1981), mais au niveau collectif de l'organisation. Nous avons aussi remarqué que la notion de « cadre d'organisation », empruntée à la théorique néo-institutionnaliste (DiMaggio et Powell, 1983; Greenwood et Hinings, 1993, 1996; Wedlin et Sahlin, 2017), pouvait représenter l'équivalent organisationnel de l'*êthos* individuel (Foucault, 1983b ; 1984), en ce que ces cadres sont destinés à conduire la conduite des organisations. En effet, davantage qu'un modèle auquel s'identifier, ces cadres forment des codes de conduite organisationnelle (Wedlin et Sahlin, 2017). La conception foucaldienne de la gouvernementalité comme conduite des conduites (Foucault, 1980) permet ainsi de rendre compte des différentes manières possibles d'orienter le comportement organisationnel. Notre approche en régimes de gouvernementalité peut servir cet objectif de connaissances pour le champ particulier de la régulation organisationnelle.

Les bénéfices que nous avons recueillis, pour l'analyse de cette régulation, de ce rapprochement entre le conception foucaldien d'*êthos* et celui de cadre d'organisation, provenant d'une école de pensée ne se revendiquant pas directement de Michel Foucault, invitent à envisager *un second chemin de sortie du Panoptique*, non plus en tant que métaphore réductrice de la pensée foucaldienne, mais en tant qu'*enfermement de cette pensée sur elle-même*. L'originalité de la pensée de Michel Foucault semble en effet avoir isolé son œuvre dans une sorte de cellule à part, d'où elle est empêchée de dialoguer avec d'autres. Pourtant, notre travail montre que ce dialogue est non seulement possible, mais qu'il peut permettre des avancées théoriques pour l'ensemble de ses parties prenantes. En l'occurrence, notre investigation sur les effets de la régulation souple intermédiée nous a conduits à dresser des points entre notre approche foucaldienne et deux littératures : celle sur les régimes de

régulation d'une part (Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2011) et celle sur la conduite du changement institutionnel d'autre part (Battilana et al., 2009; DiMaggio et Powell, 1983; Greenwood et Hinings, 1996; Lawrence et al., 2011; Micelotta et al., 2017; Schilke, 2017).

Le *croisement de notre approche en régimes gouvernementalité avec celle des régimes de régulation* nous semble avoir produit une complémentarité mutuelle. En effet, nous avons noté au premier chapitre que la limite principale de l'approche des régimes de régulation des risques développée par Hood et al. (2001) est qu'elle débouche sur une taxinomie complexe avec laquelle il n'est pas aisée de déceler la cohérence systémique distinctive d'un régime. Notre étude de la technologie sécuritaire de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, qui avait elle aussi vocation à couvrir un risque – même si celui-ci était prioritairement de nature économique et non sanitaire – nous a en revanche permis d'identifier assez facilement cette cohérence, qui émanait de la rationalité transformatrice du régime et qui donnait son sens au fonctionnement du régime. En direction inverse, le recours au questionnement analytique proposé par Levi-Faur (2011) pour l'examen des régimes de gouvernance de la régulation nous a amenés à nous intéresser aux acteurs qui portaient les dispositifs du régime de gouvernementalité. Nous avons ainsi pu caractériser dans une représentation incarnée le fonctionnement spécifique du régime de régulation que nous souhaitions étudier. Cette appréhension « fonctionnelle » n'aurait pas été possible avec les seules approches typologiques et descriptives proposées pour l'analyse des régimes de régulation (K. W. Abbott et al., 2015; Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2011). En retour, ces approches nous ont été utiles pour percevoir quels acteurs faisaient vivre ce régime.

De la même manière, le *dialogue que nous avons instauré avec la théorie néo-institutionnaliste* a davantage révélé des fertilisations croisées que des incompatibilités. La correspondance qui peut être établie entre les trois types de pressions institutionnelles – coercitives, normatives et mimétiques – décrites par DiMaggio et Powell (1983) et les trois mécanismes de pouvoir envisagés par Michel Foucault (1978) – juridico-administratifs, disciplinaires et pastoraux – fournit un excellent exemple d'une telle fertilisation. Puisque notre approche a relié ces mécanismes aux procédures de véridiction qu'ils ont employés, nous avons pu facilement rendre compte des processus de légitimation déclenchés par les dispositifs de gouvernement à travers lesquelles les pressions institutionnelles s'exerçaient. Notre approche foucaldienne en régimes de gouvernementalité peut donc contribuer à expliciter les processus de légitimation, qui occupent une place centrale dans la perspective néo-institutionnalistes sur les organisations (Deephouse et al., 2017). En regard, l'exploitation des enseignements de cette école de pensée sur la conduite du changement de cadre d'organisation (Battilana et al., 2009; Greenwood et Hinings, 1996; Lawrence et al., 2011; Micelotta et al., 2017; Schilke, 2017) nous a guidés dans le dévoilement des stratégies réussies de re-subjectivation collective élaborées au sein des organisations régulées. L'intégration de ces éléments néo-institutionnalistes dans notre approche en régimes de gouvernementalité nous a par conséquent aidés à comprendre comment des gouvernés peuvent se servir stratégiquement de dispositifs de gouvernement pour se gouverner eux-mêmes, c'est-à-dire à apporter des éléments de réponse à l'une des questions que Michel Foucault a laissées ouvertes (Foucault, 1983b).

Nous sommes conscients du risque de syncrétisme que comporte cette volonté de faire dialoguer l'œuvre de Michel Foucault avec d'autres courants de pensée en sciences de gestion. C'est pourquoi ce type de rapprochement ne peut se faire qu'en revenant à la pensée

originelle de Michel Foucault, de manière à justifier les points de jonction proposés par le chercheur. Notre expérience de la fertilité de ce dialogue, que nous venons de relater, engage plutôt à envisager comment ce risque de syncrétisme peut être traité dans le cadre des procédures de production de connaissances académiques, impliquant des revues entre pairs, qu'à considérer par avance toute tentative similaire comme simplificatrice. Cette position peut valoir également pour des sciences humaines parfois connexes aux sciences de gestion, telles que les sciences politiques.

Des instruments aux processus de l'action publique

L'approche instrumentale élaborée par Lascoumes et Le Galès dans le champ des sciences politiques (Lascoumes et Le Galès, 2004) a donné lieu à des contributions de la part de ces auteurs en sciences de gestion (Lascoumes, 2005). Moisdon (2013) a souligné la proximité de cette approche instrumentale avec celle développée par le CGS plusieurs années auparavant (Moisdon et al., 1997). Ces deux approches instrumentales partagent la même filiation foucaldienne (Lascoumes, 2005; Moisdon, 2005), ce qui peut faciliter leur rapprochement. Leur point d'aboutissement semble également commun, puisqu'elles ont toutes les deux conduit à la production d'une *typologie d'instruments de gestion*. Toutefois, ces deux typologies ne procèdent pas des mêmes critères de classification : alors que la typologie de Moisdon et al. (1997) se fonde sur les fonctions organisationnelles des outils, celle de Lascoumes et Le Galès (2004) les replace dans des rationalités gouvernementales différentes. Moisdon et al. (1997) identifient ainsi trois types d'outils qui dépassent la fonction de conformation habituellement attribuée aux outils de gestion : 1. les outils d'investigation du fonctionnement organisationnel ; 2. les outils d'accompagnement de la mutation ; et 3. les outils d'exploration du nouveau. Nous avons vu au premier chapitre que Lascoumes et Le Galès (2004) distinguent pour leur part cinq types d'instruments de l'action publique : 1. les instruments législatifs et réglementaires ; 2. les instruments économiques et fiscaux ; 3. les instruments conventionnels et incitatifs ; 4. les instruments communicationnels et informatifs ; et 5. les normes et standards. Nous avons noté dans ce même chapitre que Lascoumes et Le Galès (2004) s'attachent à retracer la rationalité soutenant chacun de ces types d'outils, en indiquant le type de rapport politique et de légitimité que ces catégories d'outils supposent.

Notre approche en régimes de gouvernementalité peut faciliter *le rapprochement entre ces deux typologies instrumentales*, dans la mesure où elle s'intéresse à la fois aux fonctions organisationnelles que peuvent assurer les instruments employés par l'action publique et à la rationalité gouvernementale selon laquelle ces instruments sont mobilisés. L'application de cette approche à l'axe virage ambulatoire du Plan triennal montre notamment qu'il n'y a pas de correspondance systématique entre ces deux catégorisations. En effet, un instrument diffusant des normes et des standards sous forme de bonnes pratiques, comme l'outil d'autodiagnostic des hôpitaux de jour médicaux, a servi à la fois à explorer ce cadre d'organisation nouveau, à en investiguer le fonctionnement, et à accompagner les établissements de santé dans cette mutation. Inversement, une même fonction, telle que l'appui à la transformation, a impliqué des instruments réglementaires – une circulaire fixant

des taux cibles de chirurgie ambulatoire et les MSPA – économiques – une baisse tarifaire – conventionnels et incitatifs – les CPOM et les CPG – ainsi que des normes et standards – des valeurs cibles non-réglementaires pour certains indicateurs du virage ambulatoire, une normation de la méthode de gestion de projet, ainsi que des outils d'autodiagnostic. Le fonctionnement organisationnel d'un outil ne semble donc pas, à travers cet exemple, pouvoir être déduit de la seule rationalité idéale-typique à laquelle il se rattache. Nous avons remarqué que même des instruments de nature réglementaires, comme la MSPA, ou normatifs comme le Macrodiag, ne remplissent pas nécessairement une fonction de conformation, mais peuvent être appropriés par les organisations régulées elles-mêmes pour accompagner leurs mutations ou investiguer leur fonctionnement. Le croisement entre ces deux typologies ne permet par conséquent pas à lui seul de savoir quels effets peuvent avoir sur le fonctionnement organisationnel le choix d'une rationalité gouvernementale. Pourtant, répondre à cette question constitue une étape nécessaire pour comprendre comment les instruments de l'action publique peuvent influencer la gestion des organisations qu'ils visent.

Notre approche en régimes de gouvernementalité suggère que de telles réponses peuvent être trouvées en *passant d'une vision typologique à une vision fonctionnaliste* de l'action publique. Par « fonctionnaliste », nous entendons une démarche qui se concentre sur le fonctionnement d'éléments faisant système. La notion elle-même de régime, nous l'avons indiqué à plusieurs reprises, suppose une cohérence systémique (Hood et al., 2001; Levi-Faur, 2011; S. K. Vogel, 1996). Celle de gouvernementalité renvoie, par construction, à l'analyse d'un fonctionnement : celui de la conduite des conduites (Foucault, 1980). Ce changement de perspective s'accompagne d'un recentrage de l'analyse, des instruments de l'action publique aux processus que ces instruments déclenchent. Ce déplacement ne signifie pas que la dimension instrumentale doit être négligée, mais qu'elle doit être replacée, en amont, dans la rationalité gouvernementale qui a présidé à sa conception, et, en aval, dans les effets qu'elle induit pour les organisations du système. En effet, des instruments relevant d'un type de rapport politique et de légitimité peuvent êtres soumis à une autre rationalité gouvernementale dans le cadre d'un fonctionnement gouvernemental donné. Dans le cas de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, nous avons remarqué que les normes et standards véhiculés par les outils de monitorage de l'ANAP, ainsi que les instruments conventionnels et incitatifs comme les CPOM et les CPG, ont été mis au service de la recherche d'une utilité économique, à laquelle correspondent les outils économiques et fiscaux dans la typologie de Lascoumes et Le Galès (2004). Il peut donc en être déduit que ce n'est pas la nature des instruments de l'action publique qui les prédestinent à un certain usage, mais leur emploi dans une rationalité gouvernementale située. C'est pourquoi notre approche instrumentale ne s'intéresse pas seulement aux outils mais aux dispositifs de gestion, définis comme des « types d'arrangements des hommes, des objets, des règles et des outils [qui] paraissent opportuns à un instant donné » (Moisdon et al., 1997, pp. 10-11). Ainsi que le rappellent Mennicken et Miller (2014) cette focalisation sur le fonctionnement des dispositifs gestionnaires n'est non seulement pas étrangère à Michel Foucault ; elle constitue l'un des principaux apports potentiels de son œuvre pour les sciences de gestion. De fait, Michel Foucault a envisagé le pouvoir, la vérité ou le sujet comme les produits de technologies opérant à travers des mécanismes et des procédures (Foucault, 1978, 1980, 1981).

Il convient toutefois de noter que l'approche fonctionnaliste que nous avons développée mobilise elle aussi des types, et des catégories au sein de ces types. Cependant, ces types et

ces catégories ne concernent pas des instruments mais *des modes de fonctionnement de technologies et de processus d'action publique*. Notamment, nous avons séparé analytiquement trois types de processus que l'action publique peut déclencher dans les organisations régulatrices et régulées : d'objectivation et de subjectivation, de véridiction et de pouvoir. Nous avons qualifié ces processus, dans le cas spécifique de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, en nous référant en partie à des catégories foucaldiennes : l'opposition entre épistémologie et alèthurgie (Foucault, 1984c), ou encore les distinctions entre les mécanismes juridico-administratifs, disciplinaires et pastoraux de pouvoir (Foucault, 1978). Pareillement, nous avons rattaché la technologie de cet axe du Plan à un type particulier de gouvernementalité : la sécurité (Foucault, 1978). Mais nous avons retenus ces caractérisations uniquement parce que les construits empiriques qui ressortaient de nos enquêtes de terrain correspondaient à ces concepts foucaldiens. Lorsque ces construits indiquaient des modes de fonctionnement ou des formes de rationalités différents de ceux identifiés par Michel Foucault, nous avons proposé de nouvelles catégories, comme celles de subjectivation rétroactive ou de rationalité transformatrice. La catégorisation des technologies et des processus d'action publique demeure par conséquent ouverte aux résultats d'investigations inductives. De plus, cette catégorisation n'est qu'une étape dans la compréhension de la dynamique de fonctionnement d'un régime de gouvernementalité. Cette étape doit amener ensuite à rendre compte de l'imbrication des processus entre eux afin de comprendre comment ils ont été agencés selon la rationalité spécifique du régime puis ré-agencés aux multiples échelons de régulation. Là aussi, l'étude de ce réagencement peut donner lieu à des typologies de fonctionnement, comme celle des démarches d'appropriation régionale ou celle des stratégies managériales de conduite du virage ambulatoire dans les établissements régulés. Mais ces typologies de fonctionnement n'ont d'intérêt que dans la mesure où elles contribuent à dévoiler comment l'action collective s'est construite autour de dispositifs situés d'action publique (Hatchuel, 2005, 2012) de manière à produire certains effets.

Dans cette perspective, notre objectif n'était pas de remettre en cause ou d'amender la typologie des formes de gouvernementalité sanitaire en France issue des travaux de Lenay (2005) et de Cazin (2017) mais plutôt d'appréhender *comment les acteurs du système de santé français essayent de trouver des articulations* entre ces formes. La technologie sécuritaire du Plan triennal constituait ainsi une mise en planification de la régulation tarifaire impliquant un renforcement de la coopération entre régulateurs primaires et secondaires. Cette tentative était motivée par la perception que le régime de régulation en prix et en volumes qui avait prévalu durant les 10 années précédant le Plan, et qui reposait selon Moisdon (2013, p. 40) sur une « orientation des comportements par un régulateur éloigné », risquait de provoquer un déséquilibre financier systémique. Nous avons vu que si cette technologie a bien réussi à provoquer des effets de transformation dans les organisations régulées, elle ne semble en revanche pas avoir contribué, durant les deux premières années du Plan, à prévenir ce risque. La technologie du Plan triennal n'a donc pas exactement fonctionné telle que l'avaient prévu les régulateurs primaires de ce Plan, notamment car la transformation ambulatoire visée ne s'est pas systématiquement accompagnée des économies de charge escomptées à court terme. En outre, en dépit de la politique des tarifs uniques en chirurgie, le mode de financement maintenu durant cette période a continué à rémunérer davantage les prises en charge lourdes. Si le choix d'une méthode de fixation des tarifs en coûts moyens peut tout à fait se justifier en

termes d'équité des allocations de ressources (Lenay, 2005; Moisdon, 2012, 2013), elle n'incite pas les établissements de santé à prendre le virage ambulatoire pour des raisons économiques. Le même défaut d'articulation entre rationalité gouvernementale et mode de financement que Cazin (2017) a déjà observé concernant la réforme des GHT vaut donc aussi pour le virage ambulatoire. Ces deux exemples suggèrent que les tentatives d'articulation entre les formes de gouvernementalité sanitaire élaborées par les acteurs du système de santé ne sont jamais parfaites, et qu'elles conduisent à leur tour à la constatation de nouvelles limites, entraînant la recherche d'autres solutions de mise en cohérence. De ce point de vue, l'appel à expérimenter des modes de financement dérogatoires fondés sur des cadres d'organisation innovants (Apples à manifestation d'intérêt, 2018a, 2018b, 2018c) peut être interprété comme la volonté de trouver de nouvelles solutions d'articulation entre ces modes et ces cadres, cette articulation ayant constitué une pierre d'achoppement des régimes de gouvernementalité précédents.

Dans sa globalité, notre approche en régimes de gouvernementalité a pour but d'opérer trois décloisonnements : 1. entre les mécanismes de pouvoir et les autres dimensions de la gouvernementalité traitées par Michel Foucault ; 2. entre la pensée foucaldienne et d'autres courants de la littérature en gestion ; 3. entre la recherche sur la gouvernementalité et le fonctionnement de l'action publique. Elle se veut une approche ouverte, laissant l'opportunité au chercheur, ainsi que nous l'avons fait pour l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, de la développer de manière inductive. Elle ne remplace pas les approches typologiques s'inscrivant dans un héritage foucaldien (Lascoumes, 2005; Moisdon, 2005) mais permet au contraire de dresser des ponts entre elles, en interrogeant les effets des rationalités gouvernementales sur le fonctionnement des organisations. Elle peut elle-même être génératrice de typologies de fonctionnement de l'action publique, ainsi que nous l'avons nous-mêmes expérimenté à l'échelon régional comme à celui des organisations régulées. Enfin, cette posture de recherche prend acte du fait que les régimes de gouvernementalité ne sont ni immuables ni parfaitement conçus, et que l'ensemble des acteurs qui y participent contribue à les façonner et à les modifier afin de tenter de trouver de nouvelles réponses à leurs limites. Parce qu'elle s'intéresse prioritairement à cette dynamique de construction d'une action collective autour de dispositifs de gestion (Hatchuel, 2005, 2012) nous avons qualifié cette approche de « constructive ». Par cette dénomination, nous voulons aussi signifier que cette approche en régimes de gouvernementalité peut participer à cette action, en débouchant sur des propositions concrètes visant à améliorer l'efficacité et l'utilité de celle-ci.

Section 3 : Préconisations pratiques et pistes de recherche futures

Comme toute démarche de recherche-intervention, notre travail est parti des problématiques de terrain rencontrées par notre partenaire (Kletz, 2018; Moisdon, 2015). Il est donc logique que nos recommandations concernent en premier lieu l'ANAP, puisque c'est par cet intermédiaire qu'a débuté notre investigation de l'action collective qui s'est déroulée au cours du Plan triennal. Néanmoins, cette analyse nous a amenés à restituer la contribution de l'ANAP dans le régime de gouvernementalité constitué par l'axe virage ambulatoire de ce

Plan. L'élargissement de notre champ d'étude au-delà de l'intermédiaire de régulation nous conduit par conséquent à formuler également des préconisations à destination des régulateurs du système de santé français. Ces préconisations sont assises sur les résultats de notre recherche. Celle-ci ayant été par construction limitée dans sa durée et dans son périmètre, nos recommandations appellent à des compléments pour les années à venir. C'est pourquoi nous indiquons des pistes de recherche futures susceptibles d'enrichir les conclusions tirées de la présente thèse.

Préconisations pour la régulation sanitaire en France

L'objectif de nos préconisations est de *contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée* déployés dans le champ sanitaire en France. L'axe virage ambulatoire du Plan triennal 2015-2017 du ministère français de la Santé montre que l'expansion de cette forme de gouvernance de la régulation (K. W. Abbott et al., 2015) a touché le système sanitaire de ce pays. Les expérimentations en cours relatives à de nouveaux modes de financement reposant sur des cadres organisationnels divergents (Apples à manifestation d'intérêt, 2018a, 2018b, 2018c) indiquent que la régulation souple intermédiée de ce système va se poursuivre et s'amplifier dans les prochaines années. Nous espérons par conséquent que ces préconisations pourront aider les régulateurs de ce système ainsi que leurs intermédiaires. Nous avons synthétisé nos recommandations en six propositions, listées dans le tableau 6.2 ci-après. Pour chacune d'entre elles, nous avons identifié les acteurs prioritairement concernés par sa mise en œuvre. Cette identification a simplement pour but de guider l'application de nos préconisations en précisant quels acteurs sont principalement impliqués dans leur mise en œuvre, d'après notre observation des dispositifs de régulation souple intermédiée de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal. Toutefois, puisque la régulation souple repose sur une participation volontaire des régulés (Mörth, 2004), la concrétisation de chacune de ces propositions requiert le concours des organisations régulées, ne serait-ce que pour la fourniture de données. En outre, nous n'avons pas voulu limiter la fonction d'intermédiation à l'ANAP seule, puisqu'elle-même peut avoir recours à des intermédiaires. C'est pourquoi nous avons mis le mot intermédiaire au pluriel dans le tableau 6.2.

Tableau 6.2 : Synthèse des préconisations

Propositions	Acteurs concernés	Objectifs visés
1. Vérifier au préalable la pertinence des cadres d'organisation préconisés pour les objectifs visés par les régulateurs primaires	Régulateurs primaires et intermédiaires	Amélioration de l'utilité
2. Interroger l'utilité des cadres d'organisation préconisés pour l'ensemble des parties prenantes du système de santé		
3. Identifier les conditions opérationnelles nécessaires et/ou suffisantes au développement de ces cadres	Intermédiaires	Amélioration de l'efficacité
4. Moduler l'apport en savoir-faire méthodologiques et en expertises thématiques aux régulateurs secondaires	Intermédiaires et régulateurs secondaires	
5. Réaliser un diagnostic des dynamiques intra-organisationnelles vis-à-vis du changement souhaité	Intermédiaires, régulateurs secondaires et établissements régulés	
6. Différencier les flux d'apprentissage et de contrôle	Intermédiaires et régulateurs	

La première de nos propositions intéresse principalement les régulateurs primaires, dans la mesure où ce sont eux qui fixent les objectifs de la régulation sanitaire. Toutefois, nous allons voir que les intermédiaires peuvent également contribuer à sa réalisation. Cette proposition découle du constat que le virage ambulatoire ne semble pas avoir suscité, à l'issue des deux premières années du Plan triennal, les impacts anticipés par les régulateurs primaires en matière de maintien de l'équilibre économique des établissements de santé. Bien que cette conclusion mériterait d'être étayée par des analyses d'impacts plus approfondies, tenant compte de possibles effets de seuils à plus long terme, elle invite à *vérifier la pertinence des cadres d'organisation envisagés par les régulateurs primaires par rapport aux objectifs de la régulation*. Si cette vérification peut avoir lieu a priori, au moment de l'élaboration de la politique publique, il est alors plus facile d'orienter celle-ci vers l'utilité recherchée par ces régulateurs. La formulation de cette proposition suppose que les régulateurs primaires se soient forgés une représentation préalable, implicite ou explicite, de la performance de certains cadres d'organisation qui ont retenu leur attention. Nous avons choisi cette énonciation car elle correspond à ce qui s'est produit sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal et que l'attribution d'une performance putative à des cadres d'organisation est un phénomène institutionnel connu de longue date (Meyer et Rowan, 1977). Nous partons donc de l'hypothèse, étayée empiriquement et théoriquement, que les régulateurs primaires du champ sanitaire souhaitent promouvoir l'adoption de cadres d'organisation car ils pensent que ces cadres sont susceptibles d'influencer positivement les dimensions de la performance sur lesquelles porte la régulation.

Notre expérience de l'évaluation des impacts du virage ambulatoire montre que les méthodes de vérification employables dépendent surtout du type de données disponibles. Si des indicateurs de performance correspondants aux impacts visés par les régulateurs primaires, ainsi que les paramètres des cadres d'organisation privilégiés par ces régulateurs,

sont fournis par des bases de données existantes de manière suffisamment fiable et exhaustive, alors il devient possible de tester des liens causaux entre ces paramètres et ces indicateurs. Ces tests peuvent consister simplement à comparer la performance relative sur les indicateurs d'impacts d'un groupe d'établissements éloigné des valeurs cibles définissant l'adoption des cadres d'organisation avec celle d'un groupe proche de ces valeurs ou les dépassant. En outre, si la littérature signale que ces impacts sont déterminés par certains facteurs, il peut alors être intéressant de tester des relations de colinéarité entre ces déterminants et les paramètres des cadres d'organisation. En l'absence de colinéarité critique, la modélisation structurelle (Desplatz et Ferracci, 2016) peut être un bon moyen de mesurer de potentiels effets propres de ces cadres sur les impacts recherchés par les régulateurs primaires. Ainsi, nous avons eu recours à une modélisation économétrique pour estimer le lien causal entre le virage ambulatoire et l'équilibre économique des établissements de santé, car les déterminants de cet équilibre étaient documentés dans la littérature (Moisdon, 2012, 2013).

En revanche, si les bases de données existantes ne permettent pas de tester quantitativement les liens causaux entre cadres d'organisation et impacts, en raison par exemple d'un manque d'indicateurs reflétant ces impacts ou parce que les paramètres des cadres d'organisation ne sont pas précisément définis, les études de cas peuvent être une méthode de vérification alternative. L'appréciation des impacts par cette méthode est plus qualitative, comme l'illustre notre examen des impacts du virage ambulatoire sur le travail des professionnels de santé et leurs patients. À défaut de pouvoir mesurer à l'échelle systémique les liens causaux entre cadres d'organisation et impacts, cette méthode offre la possibilité de mieux comprendre ces liens, ainsi que les interdépendances que différents impacts peuvent entretenir. Si les données disponibles, ainsi que le temps et les moyens dédiés à la vérification l'autorisent, l'emploi des deux méthodes de vérification – l'une quantitative et systémique et l'autre qualitative et approfondie – donnera par conséquent des résultats complémentaires. En outre, si la vérification se déroule très en amont de la politique publique, elle peut être l'occasion de mettre en place le recueil des données manquantes pour évaluer certains des impacts sur lesquelles les régulateurs primaires veulent agir.

L'application de cette première proposition revient à effectuer a priori la dernière étape de la démarche évaluative que nous avons décrite au début de ce chapitre, à une différence près : dans l'évaluation a posteriori, cette étape implique également de mesurer les écarts sur les variables d'impact entre les établissements ayant bénéficié des dispositifs de régulation souple intermédiée et les autres. Cette estimation n'a pas de sens pour la vérification a priori de l'utilité de cadres d'organisation, puisque ces dispositifs ne sont pas encore institués au moment où cette vérification a lieu. Néanmoins, malgré cette différence, la vérification a priori que nous suggérons requiert elle aussi des compétences évaluatives. Si celles-ci ne sont pas présentes au sein des organismes de régulation primaire mais le sont chez l'intermédiaire de régulation, cette vérification peut constituer un motif de recours à l'intermédiation. Si ni l'un ni l'autre de ces acteurs ne possède ces compétences, il est alors nécessaire de faire appel à une autre tierce partie que l'intermédiaire, tel un laboratoire de recherche ou un cabinet de conseil spécialisé en évaluation des politiques publiques. De plus, si l'analyse conclut à l'absence de lien causal entre les cadres d'organisations et les impacts envisagés, ou si les régulateurs primaires ne savent pas quels cadres d'organisations peuvent contribuer aux objectifs de la régulation, il est alors nécessaire de dépasser la simple vérification pour

procéder à une étude exploratoire. Une revue de la littérature sur les déterminants organisationnels des impacts souhaités peut, dans cette hypothèse, constituer un bon point de départ. Une fois ces déterminants identifiés, il redevient possible de préconiser certains cadres d'organisation et de vérifier les liens causaux entre ces cadres et les impacts visés.

De surcroît, l'adoption de nouveaux cadres d'organisations peut générer d'autres impacts que ceux prioritairement recherchés par les régulateurs primaires. Or, ces autres impacts peuvent influencer ceux espérés par ces régulateurs. Nous avons vu ainsi que le cadre ambulatoire d'hospitalisation impacte le travail des professionnels travaillant dans les établissements de santé, notamment en augmentant l'intensité des flux de travail et en induisant des besoins nouveaux de ressources humaines pour assurer des fonctions de coordination et de programmation. Ces impacts peuvent en partie expliquer pourquoi le virage ambulatoire n'est pas linéairement corrélé à des économies de charges de personnel, en dépit de la réduction des équipes de nuit et de weekend. L'impact économique du virage ambulatoire semble ainsi lié aux implications de ce virage pour les professionnels des établissements de santé. C'est pourquoi nous recommandons de ne pas interroger uniquement les relations causales supposées par les régulateurs entre cadres d'organisation et impacts, mais de questionner plus globalement *l'utilité de ces cadres pour l'ensemble des parties prenantes du système de santé.*

Les systèmes de santé comprennent trois parties prenantes principales : les financeurs, les professionnels et les patients. Les financeurs sont concernés au premier chef par les enjeux d'efficience et donc par les impacts économiques des cadres d'organisation. Les professionnels sont directement impactés par les enjeux d'organisation et de qualité des soins, qui touchent également les patients dans la mesure où leur état de santé ainsi que leur expérience du système de soins peuvent découler de cette organisation et de cette qualité (Benzer et al., 2011). Les interdépendances systémiques entre l'efficience, la qualité des soins et l'état de santé des patients font que ces enjeux doivent être considérés simultanément (Berwick, Nolan, et Whittington, 2008). À travers cette préconisation, nous ne prétendons pas que ces interdépendances interdisent aux régulateurs primaires des systèmes de santé de fixer des priorités stratégiques dans la régulation de ces systèmes. Nous relevons simplement, sur la base de notre étude des impacts du virage ambulatoire, qu'atteindre ces objectifs prioritaires à travers la diffusion de cadres d'organisation demande de considérer les effets de bords de ces cadres pour l'ensemble des parties prenantes du système. C'est pourquoi l'exploration des conséquences de ces cadres doit être étendue au-delà des seules relations de causalité envisagées par les régulateurs primaires. La littérature existante sur ces cadres peut tout d'abord aider à orienter cette exploration. Les mêmes types de méthodes de quantification et de qualification des impacts que celles évoquées pour notre première recommandation peuvent ensuite être employées ici. Cependant, il est possible qu'un cadre d'organisation pensé par les régulateurs primaires soit tellement novateur que la recherche d'une orientation initiale par la littérature soit infructueuse. Dans cette situation, la mise en œuvre de cette seconde proposition peut demander de réaliser une étude exploratoire auprès de quelques cas ayant déjà expérimenté ce cadre, ou, à défaut d'existence de tels cas, de mener cette expérimentation avec eux. La diffusion du cadre ne pourra alors intervenir que dans un second temps, après l'observation des résultats de cette expérimentation.

Une fois connue l'utilité des cadres d'organisation, leur diffusion relève d'une problématique d'efficacité de la régulation souple intermédiée. Dans notre modélisation du

fonctionnement micro de la régulation souple intermédiée sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, les leviers opérationnels sont apparus comme ceux permettant d'agir le plus directement sur l'adoption du cadre d'hospitalisation ambulatoire. *L'identification des conditions opérationnelles propices au développement des cadres d'organisation* promus par les régulateurs primaires est ainsi susceptible d'améliorer l'efficacité de la régulation souple intermédiée, en permettant à l'ensemble des acteurs du système de santé de savoir quelles pratiques doivent être encouragées pour progresser dans la mise en œuvre de ces cadres. Cette opérationnalisation de la régulation est une fonction spécifique des intermédiaires (K. W. Abbott et al., 2017c). C'est pourquoi la troisième proposition du tableau 6.2, relative à cette opérationnalisation, est formulée prioritairement à destination des intermédiaires. Nous avons noté que le déroulement de l'opérationnalisation du cadre d'hospitalisation ambulatoire dans la phase d'élaboration du Plan triennal n'avait pas permis à l'ANAP de réaliser ce travail de manière exhaustive avant le déploiement des dispositifs de régulation souple intermédiée de ce Plan. L'opérationnalisation a donc eu lieu au cours de l'accompagnement, notamment par l'intervention des mentors et le témoignage des professionnels ayant expérimenté le virage ambulatoire. L'opérationnalisation très partielle du virage ambulatoire à travers le Macrodiag n'a par conséquent pas empêché cet accompagnement d'être efficace. Cependant, ces lacunes initiales peuvent expliquer pourquoi l'usage des dispositifs de monitorage ressort de notre analyse comme indifférent à la progression dans le virage ambulatoire en chirurgie. Si ces dispositifs avaient pu être élaborés de manière à mieux connaître les pratiques organisationnelles pertinentes pour ce changement de cadre d'organisation particulier, ils auraient sans doute pu contribuer davantage à l'efficacité de la régulation souple intermédiée.

D'un point de vue méthodologique, l'analyse configurationnelle comparative peut aider à savoir quelles combinaisons de pratiques peuvent être nécessaires et/ou suffisantes pour l'adoption d'un cadre d'organisation. Néanmoins, une bonne application de cette méthode exige au préalable une connaissance théorique et empirique des conditions qui peuvent jouer. C'est pourquoi l'étude comparative de quelques cas semble être la première approche la plus adaptée pour identifier les conditions opérationnelles d'un cadre d'organisation. Comme nous l'avons fait dans notre étude d'un cas de progression et d'un cas de régression dans le virage ambulatoire, cette identification peut consister à choisir des cas extrêmes d'adoption et des cas de rejet du cadre d'organisation visé, puis à comparer les pratiques opérationnelles qui sont présentes dans les premiers et absentes dans les seconds. Toutefois, limiter la réalisation de cette étude a priori à seulement deux cas, comme nous l'avons fait pour notre étude a posteriori, ne permettrait sans doute pas de retracer les conditions opérationnelles du cadre d'organisation de manière exhaustive. L'échelle d'une dizaine de cas, comme celle retenue par l'ANAP pour son investigation sur les hôpitaux de jour de médecine, pourrait donner à ce stade des résultats plus complets. Il convient cependant de souligner que l'identification que nous proposons suppose d'inclure aussi dans l'échantillon des cas où le cadre d'organisation n'est pas en place. Cette approche diffère en ce point de celle de recherche de bonnes pratiques employée jusqu'à présent par l'ANAP, qui se concentre sur les établissements avancés dans la mise en œuvre d'un cadre d'organisation.

En dépit de cette différence méthodologique, l'identification des conditions par étude comparative de cas pourrait elle aussi aboutir à des questionnaires d'autodiagnostic. Le recueil des réponses à ces questionnaires rendrait ensuite possible le recours à l'analyse configurationnelle comparative afin d'élargir le champ de la comparaison. Des retours

d'expérience pourraient enfin être collectés pour approfondir la connaissance de chacune des configurations opérationnelles apparaissant nécessaires et/ou suffisantes à la mise en œuvre du cadre d'organisation souhaité. Ces retours d'expériences pourraient être sélectionnés de manière à représenter chacune des configurations de conditions opérationnelles possibles de ce cadre. Identifier les conditions opérationnelles spécifiques d'un cadre d'organisation peut par conséquent constituer un projet en soi, à l'instar de ceux que l'ANAP a l'habitude de mener pour élaborer des outils d'autodiagnostic. Les ressources et le temps qu'un tel projet peut demander impliquent de prévoir dans le calendrier de la politique publique un délai d'opérationnalisation des cadres d'organisation avant leur diffusion.

Une autre manière par laquelle l'ANAP pourrait davantage encore participer à l'efficacité de la régulation souple dans le champ sanitaire est de *moduler son apport en savoir-faire méthodologiques et en expertises thématiques en fonction des capacités déjà présentes chez les régulateurs secondaires* – principalement les ARS. En effet, nous avons relevé dans notre analyse des appropriations régionales des dispositifs de régulation de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal que la mise en œuvre de ces dispositifs à l'échelon déconcentré avait surtout requis des compétences méthodologiques en gestion de projets ainsi qu'une connaissance experte sur les processus opérationnels concernés par ce virage. Nous avons remarqué que l'ANAP a pleinement participé à cette mise en œuvre lorsque ces deux types de capacités étaient déjà en partie présents dans les équipes des ARS, mais que les capacités complémentaires fournies par l'ANAP étaient venues les renforcer. En revanche, lorsque les ARS disposaient de ces capacités de manière autosuffisante, l'ANAP n'avait pas trouvé matière à aider au fonctionnement régional de la régulation. Lorsqu'au contraire l'une ou l'autre de ces capacités manquaient, l'ANAP n'a pu renforcer que le type de capacité déjà partiellement en place – en l'occurrence : l'expertise technique. Ces résultats suggèrent par conséquent que l'action de l'ANAP au niveau régional pourrait gagner en efficacité en se concentrant uniquement sur les régions qui ont un besoin de renforcement – et non de remplacement – de leurs capacités de régulation. Ce diagnostic des besoins suppose que l'ANAP puisse dialoguer, au moment de la préparation du déploiement régional des dispositifs de régulation, avec chaque ARS – et chaque CRAM si celles-ci sont associées à ce déploiement – afin de réfléchir avec elles sur la méthode de mobilisation des acteurs dans les établissements de santé et sur les expertises à apporter à ces acteurs. Le travail d'opérationnalisation des cadres d'organisation proposé dans la recommandation précédente pourra être utile pour savoir à ce stade quelles expertises thématiques sont à considérer.

Si les régulateurs secondaires sont en capacité de concevoir et d'animer une gestion de projets par eux-mêmes, et qu'ils maîtrisent suffisamment les domaines d'expertise requis pour le changement de cadre d'organisation souhaité, l'engagement de l'ANAP dans ces régions peut alors simplement consister à rester à la disposition des ARS et des CRAM si celles-ci venaient à rencontrer des difficultés d'ordre méthodologiques – par exemple une faible participation des établissements de santé aux projets régionaux – ou thématiques – comme une question technique sur la gestion d'un processus opérationnel à laquelle les régulateurs secondaires ne trouveraient pas de réponse. Si au contraire il s'avère que l'ARS ou la CRAM d'une région semble ne pas pouvoir rassembler en son sein des compétences en gestion de projet ou des expertises thématiques, un échange avec les directions de ces organismes est opportun, afin de voir si un renforcement des équipes – éventuellement par recrutement – est envisageable. Si le budget de ces organismes n'autorise pas une telle option, une mise à

disposition des ressources manquantes par l'ANAP afin que celles-ci puissent travailler, pour la durée du projet, dans les ARS ou les CRAM, peut alors être une solution palliative. Mais cette solution ne peut concerner qu'un nombre restreint d'ARS ou de CRAM disposant de peu de moyens financiers et humains, car les ressources humaines de l'ANAP sont elles-mêmes limitées. Pour le virage ambulatoire, ce cas de figure se serait présenté dans deux régions sur 14. Enfin, dans les régions se situant entre ces deux extrêmes, les équipes de l'ANAP peuvent co-construire et co-animer les dispositifs régionaux de régulation à travers un suivi régulier de la gestion de projets régionale et la fourniture des expertises thématiques sollicitées par les régulateurs secondaires en complément des leurs.

Cette modulation contextuelle de l'action de l'ANAP lui permettrait aussi de gagner en efficacité au niveau des établissements de santé eux-mêmes, en offrant aux porteurs du changement dans ces établissements le type d'apport externe pertinent pour la réussite de leur stratégie. Cette amélioration de l'efficacité suppose néanmoins que soient d'abord élaborées des stratégies adaptées aux dynamiques internes à ces établissements. Notre analyse des conditions managériales du virage ambulatoire en chirurgie montre en effet que ces stratégies doivent prendre en compte le degré d'adhésion ou au contraire d'opposition au changement de cadre d'organisation parmi les groupes professionnels composant l'établissement. C'est pourquoi *un diagnostic systématique de ces dynamiques intra-organisationnelles* pourrait être proposé aux chefs de projet des établissements régulés. Ce diagnostic peut, ainsi que nous l'avons fait dans le questionnaire reproduit en annexe 2, se limiter à quelques items concernant la communauté médicale et les instances de l'établissement – le directoire, les instances représentatives du personnel, ainsi que le conseil de surveillance – pour savoir si ces groupes sont plutôt favorables, neutres, ou défavorables au changement de cadre d'organisation.

Si les réponses à ces questions signalent un soutien majoritaire, notamment au sein de la communauté médicale, la contribution de l'ANAP peut alors se borner à fournir une méthodologie de gestion de projet donnant des indications sur les manières de mobiliser les acteurs internes. Si au contraire une opposition majoritaire se dessine, une action d'accompagnement visant à légitimer le changement se justifie. Cette action doit se faire en concertation avec les chefs de projet mais aussi avec les régulateurs secondaires, dont le rôle de contrainte – à travers les dispositifs réglementaires et contractuels – occupe une place dans ces stratégies de légitimation. L'accompagnement de l'ANAP doit, dans ces contextes, avant tout consister à convaincre les professionnels de santé que le changement de cadre d'organisation a été possible dans des établissements similaires. Cet objectif peut être atteint par des interventions sur site de consultants ou de professionnels d'autres établissements ayant déjà expérimenté ce changement, ou bien par l'invitation à des journées d'échanges entre pairs, si toutefois les professionnels opposés au changement acceptent d'y participer. Si les réponses au questionnaire révèlent un conflit entre groupes professionnels au sein de l'établissement à propos du changement de cadre d'organisation, l'ANAP peut alors seconder les chefs de projet dans leur recherche de soutiens internes et externes, en organisant par exemple des sessions de formation ou de mentorat sur la gestion de projet et la communication, et en facilitant le dialogue entre la chefferie de projet et les régulateurs secondaires concernant les aides financières dont ils pourraient bénéficier. En cas de sollicitation de subventions d'investissement notamment, les outils de dimensionnement conçus par l'ANAP pourraient servir de supports à ce dialogue. Enfin, dans les cas

d'indifférence majoritaire au changement, l'ANAP peut amener les éléments de comparaison sur lesquels les chefs de projet pourront s'appuyer pour fixer des objectifs de mise en place du cadre d'organisation et le piloter. Ces éléments de comparaisons existent déjà dans la plupart des outils d'autodiagnostic ou des retours d'expériences produits par l'ANAP. Le recours à des outils de monitorage, notamment par la mise en place de remontées régulières d'indicateurs, ne ressort toutefois pas de notre analyse comme une dimension essentielle de cette stratégie.

Au contraire, notre étude des effets des dispositifs de régulation souple intermédiée employés sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal invite plutôt à *ne pas intégrer des flux de contrôle dans l'apprentissage des nouveaux cadres de régulation* que peuvent faire les établissements régulés. Puisque les outils de monitorage diffusés par l'ANAP, comme les indicateurs ou le Macrodiagnostic, n'ont produit des effets dans les établissements que nous avons visités que lorsqu'ils étaient congruents à l'expérience des professionnels travaillant dans ces établissements, obliger les établissements à utiliser de tels outils n'améliorerait pas, d'après nos observations, l'efficacité de l'action de l'ANAP. Cette imposition pourrait même contrarier les phénomènes d'appropriation de ces outils, par lesquels les porteurs du changement au sein des établissements régulés adaptent ces outils à la situation spécifique de leur établissement. Les témoignages que nous avons recueillis sur la prescription d'instruments de mesure, comme par exemple le calcul des potentiels de chirurgie ambulatoire, laissent penser que lorsque ces instruments ne semblent pas pertinents aux professionnels des établissements, ils s'y conforment de manière rituelle et organisent leur apprentissage sur d'autres bases. Or, pour que l'ANAP puisse informer les régulateurs sur la manière dont les établissements peuvent conduire efficacement leur apprentissage, elle a besoin de recenser les adaptations réalisées sur ses propres outils. Confondre les outils d'apprentissage et de contrôle risquerait par conséquent d'empêcher les régulateurs d'apprendre de l'apprentissage des régulés. Pour fonctionner, la régulation souple demande non seulement une souplesse des règles mais aussi une souplesse des instruments de régulation (Braithwaite, 2011; Scott, 2017). Cela ne signifie pas que ces dispositifs souples ne peuvent pas coexister avec des systèmes de contrôle plus contraignants. Nous avons vu que cette combinaison peut même être requise pour légitimer le changement dans des contextes adverses. Mais la maîtrise des instruments de contrôle a relevé alors des régulateurs secondaires, et non de l'intermédiaire.

Toutefois, cette dernière préconisation, comme les cinq autres que nous avons précédemment formulées, n'est fondée que sur l'analyse d'un seul régime de régulation souple intermédiée dans le champ sanitaire français : celui de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal. Cette liste de recommandations ne saurait par conséquent être exhaustive. Elle a vocation à être enrichie, à mesure que les formes souples et intermédiées de gouvernance de la régulation vont se développer dans ce champ. À cette fin, nous proposons ci-après quelques pistes de recherche pouvant guider cet enrichissement.

Proposition de pistes de recherche futures

Tout d'abord, notre examen de l'efficacité et de l'utilité de la régulation souple intermédiée, telle qu'elle s'est pratiquée sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé, laisse certaines questions inexplorées. La première d'entre elle concerne *l'efficacité et l'utilité finale de ces dispositifs de régulation, c'est-à-dire au bout des trois années durant lesquelles ils ont été mis en œuvre*. Au moment de la finalisation du présent manuscrit, les indicateurs de résultats et d'impacts du virage ambulatoire pour l'année 2017 n'étaient toujours pas disponibles de manière exhaustive dans les bases de données nationales. En outre, les données financières et d'activité de l'année 2011 n'étaient plus accessibles via Hospi Diag ou DIAMANT. Or, pour pouvoir mesurer l'effet des dispositifs de régulation souple intermédiée sur les trois années du Plan triennal par comparaison aux évolutions des indicateurs de résultats et d'impacts sur une période antérieure de même durée, il est nécessaire de disposer des valeurs de ces indicateurs au 31 décembre 2011. Cette première piste de recherche future n'est donc pas si évidente à mettre en œuvre qu'il n'y paraît, car elle demande des requêtes *ad hoc* auprès des gestionnaires des bases de données. Cet exemple illustre les problématiques de temporalité des données auxquelles peuvent être confrontés les chercheurs s'intéressant aux effets des dispositifs de régulation dans le champ sanitaire. Le temps de mise à disposition des données nationales induit un délai d'au moins un an entre la fin de la politique publique et la possibilité son évaluation complète, et implique de conserver en attendant les données sur les années antérieures pour pouvoir *in fine* obtenir une profondeur temporelle suffisante.

De plus, les données dont nous disposions étaient limitées non seulement dans le temps mais aussi dans leur contenu. Ainsi, la faible hétérogénéité des statuts des chefs de projet et des établissements dans notre échantillon de cas ne nous a pas permis de savoir comment ces *conditions de statuts* pouvaient déterminer la réussite des stratégies de conduite du changement ambulatoire. La littérature sur la conduite du changement à l'hôpital indique pourtant que ces conditions de statut ne sont pas neutres, notamment pour la mise en place de transformations remettant en cause la division des rôles entre les professionnels et les organisations du champ sanitaire (Battilana, 2011; Battilana et Casciaro, 2012, 2013). L'unique cas de chefferie de projet assurée par un médecin dans notre échantillon laisse penser que les professionnels médicaux peuvent, à la différence des directeurs et des soignants, élaborer des *stratégies normatives de portage du changement*, c'est-à-dire des stratégies fondées sur la préconisation de normes professionnelles (DiMaggio et Powell, 1983). Sur ce plan de la normativité également, il convient de rappeler que l'ANAP n'est pas investie d'une telle prérogative. Ces deux spécificités de notre terrain – touchant aux statuts des porteurs du changement et de l'intermédiaire – peuvent expliquer pourquoi l'effet de l'usage des instruments normatifs n'apparaît pas comme déterminant dans nos résultats. Des études impliquant des dispositifs portés par des professionnels et des intermédiaires bénéficiant d'une légitimité normative, comme la HAS par exemple, compléteraient donc notre travail, en explorant quelles peuvent être les conditions spécifiques de l'efficacité des dispositifs normatifs de régulation souple intermédiée.

De surcroît, la continuation et l'approfondissement de cette forme de gouvernance de la régulation dans le champ sanitaire français offre des opportunités de recherche nouvelles par rapport à notre terrain. Sur le virage ambulatoire lui-même, la CNAMTS (2017, 2018) a souligné que la prise en charge des pathologies chroniques ainsi que le transfert des soins de l'hôpital à la médecine ville en constituaient des enjeux majeurs. Or, notre analyse des conditions managériales et opérationnelles de ce virage s'est limitée au seul secteur de la chirurgie, pour lequel l'ambulatoire fournissait un cadre d'organisation alternatif à l'hospitalisation complète. Cette investigation doit par conséquent être étendue à *la médecine ambulatoire*, en ne prenant plus simplement en compte le cadre d'organisation intra-hospitalier, mais *le cadre d'organisation des soins* intégrant également des professionnels de ville. Il pourrait être intéressant dans cette perspective de voir si les mêmes stratégies managériales de conduite du changement ambulatoire réussissent en médecine, où si ce secteur présente des particularités qui exigent des stratégies différentes. Nous avons vu, à la fin du deuxième chapitre, que le virage ambulatoire en médecine présentait les mêmes caractéristiques divergentes qu'en chirurgie. L'hypothèse que nous suggérons donc de vérifier est que les mêmes stratégies managériales peuvent réussir. Nous souhaitons aussi attirer l'attention des chercheurs et des décideurs qui pourraient vouloir entreprendre des investigations sur le virage ambulatoire en médecine que, d'après notre modélisation des impacts économiques du virage ambulatoire, le taux d'utilisation des lits de médecine complète a eu une influence linéaire positive sur le taux de marge brute des établissements prenant en charge le périmètre complet de la chirurgie et de la médecine ambulatoire – tel que défini par l'IGAS et l'IGF (2014, 2016) – entre 2014 et 2016. Il en découle que si le développement de la médecine ambulatoire devait se faire en partie par substitution de l'activité d'hospitalisation complète en médecine, il est probable que ce développement générerait à court terme une dégradation de l'équilibre d'exploitation des établissements de santé, si ce développement n'était pas accompagné d'une diminution des lits et des charges de personnels ou d'une politique tarifaire garantissant un même niveau de recette unitaire qu'en médecine complète. Nos études de cas comportant des hôpitaux de jour de médecine signalent que, en médecine comme en chirurgie, les ressources nécessaires au fonctionnement des unités ambulatoires invitent à la prudence quant aux économies de charges de personnels qui peuvent être attendues du virage ambulatoire. Nous n'avons ainsi pas trouvé de colinéarité entre les indicateurs de ce virage, en chirurgie comme en médecine, et le niveau de ces charges rapportées aux recettes de la tarification à l'activité. Les expérimentations en cours de nouveaux modèles de financement fondés sur des cadres d'organisation des soins innovants (Appels à manifestation d'intérêt, 2018a, 2018b, 2018c) peuvent cependant venir modifier ces constats à l'avenir.

Ces expérimentations marquent un pas supplémentaire dans le degré de souplesse de la gouvernance de la régulation sanitaire en France. En effet, dans le régime de gouvernementalité du Plan triennal, les régulateurs primaires ont préconisé l'adoption et l'adaptation d'un cadre d'organisation : celui de l'hospitalisation ambulatoire. L'article 51 de la LFSS 2018 (Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, 2017) va au-delà, puisqu'il incite les organisations régulées à proposer elles-mêmes des cadres d'organisation des soins. Il ne s'agit donc *plus simplement de réguler le changement mais l'innovation organisationnelle* (Birkinshaw, Hamel, et Mol, 2008), c'est-à-dire d'aider les régulés à inventer de nouvelles manières de s'organiser. Comme pour la conduite du changement

organisationnel, les acteurs externes peuvent intervenir dans ce type d'innovation (Mol et Birkinshaw, 2014). Cette évolution de la rationalité gouvernementale, qui ne devient plus seulement transformatrice mais innovatrice, est propice à un renforcement de la dimension pastorale des mécanismes de pouvoir (Foucault, 1978). Néanmoins, ces mécanismes ne doivent plus viser, comme pour l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, la redéfinition d'un sujet organisationnel existant. Ils doivent inciter à l'émergence de nouveaux sujets organisationnels, à l'identité encore inconnue, que les dispositifs de régulation accompagneront à advenir. En outre, les expérimentations aujourd'hui prévues à travers les appels à projets nationaux (Appels à manifestation d'intérêt, 2018a, 2018b, 2018c) ne sont pas exemptes de dispositifs de contrôle par l'évaluation de la performance des cadres d'organisation ainsi produits, et les dérogations aux modes de financement en vigueur seront autorisées par voie réglementaire (Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, 2017). Des mécanismes disciplinaires et juridico-administratifs demeurent donc mêlés aux mécanismes pastoraux. De même, le dispositif d'évaluation des expérimentations prévu nationalement mélange des procédures alèthurgiques, invitant les organisations régulées à dire une vérité sur elles-mêmes à travers des autoévaluations, et des procédures épistémologiques, visant la production d'une vérité selon des critères scientifiques (CNAMTS et DREES, 2018).

La technologie expérimentatrice de ce régime émergent de gouvernementalité semble ainsi avoir renouvelé les processus d'objectivation et de subjectivation, de pouvoir, et de véridiction instaurés par la technologie sécuritaire du Plan triennal. L'exploration de ce nouveau régime permettrait donc de savoir quelles évolutions il induit par rapport à celui qui l'a précédé pour le fonctionnement de la régulation sanitaire en France, et notamment pour la participation de l'ANAP à ce fonctionnement. À ce stade de la mise en œuvre de ce nouveau régime, l'ANAP a pour mission d'aider les régulateurs secondaires à incuber des projets de transformation à l'échelon régional (Conseil stratégique de l'innovation en santé, 2018). Le contenu de son futur accompagnement des professionnels de santé pilotant ces expérimentations, si cet accompagnement doit avoir lieu, n'est pas encore arrêté. Il est donc trop tôt, à l'heure d'achever le présent manuscrit, pour savoir quelles modifications a pu entraîner ce changement de régime pour la fonction d'intermédiation de l'ANAP. Nous espérons que d'autres chercheurs pourront prendre le relai de notre travail afin de répondre à cette question dans les années à venir.

Enfin, l'inscription de la présente thèse dans un champ organisationnel caractérisé par la prégnance des logiques professionnelles (Battilana, 2011; Glouberman et Mintzberg, 1996) appelle à *apprécier le potentiel de généralisation de nos résultats à d'autres champs* où ces logiques peuvent être moins fortes. La caractéristique professionnelle de notre terrain d'investigation peut notamment expliquer pourquoi nous n'avons pas rencontré d'effets pervers des dispositifs de régulation au sein des organisations régulées (Moisdon, 2013). Dans les organisations professionnelles, l'autonomie laissée aux opérateurs (Mintzberg, 1982) limite la probabilité de survenue de ces effets. Comme nous l'avons observé, lorsque les dispositifs de régulation n'apparaissent pas congruents à leur situation particulière, les professionnels de santé ont la faculté de les ignorer ou de les adapter en se les appropriant. La fonction de l'intermédiaire ne constitue alors pas tant à assurer une conformation du régulé qu'à organiser l'apprentissage de celui-ci de manière à permettre une rétroaction des régulateurs sur leurs propres dispositifs. Dans cette mesure, les organisations professionnelles offrent des cas particulièrement intéressants de régulation réactive (Braithwaite, 2011). Il se

peut toutefois que, dans des champs organisationnels où la structure de commandement hiérarchique est plus forte, au sein et entre les organisations, les phénomènes de conformation aux dispositifs de régulation souple intermédiée, ainsi que les effets pervers que ces phénomènes peuvent produire, soient plus fréquents. Si cette hypothèse devait être vérifiée empiriquement, la participation de l'intermédiaire au traitement de ces effets pervers représenterait alors une piste de recherche que la spécificité de notre terrain ne nous a pas permis d'aborder.

Les propositions que nous avons formulées dans la présente section ont pour but de donner quelques directions possibles aux acteurs du système sanitaire français ainsi qu'aux chercheurs qui souhaiteraient poursuivre l'investigation sur le fonctionnement, l'efficacité et l'utilité des formes souples et intermédiées de régulation, dans le champ sanitaire et au-delà. La persistance, et même le renforcement de ce mode de gouvernance de la régulation dans ce champ organisationnel en France nous laisse croire que ces préconisations pourront servir à ces deux publics dans un futur immédiat. Ces deux séries de recommandations sont complémentaires, car les orientations pratiques que nous proposons seront plus facilement réalisables si les acteurs du système de santé continuent à faire appel à des chercheurs en gestion. Notamment, l'évaluation de l'utilité a priori des cadres d'organisation va devenir une étape systématique des expérimentations menées dans le cadre l'article 51 de la LFSS 2018 (Conseil stratégique de l'innovation en santé, 2018). Le cas du virage ambulatoire illustre que cette évaluation pose des questions méthodologiques en termes de mesure d'impacts auxquelles des chercheurs en gestion peuvent apporter des réponses. De la même manière, les enjeux d'accompagnement des régulateurs secondaires par l'intermédiaire et d'apprentissage rétroactif des régulateurs grâce à l'apprentissage des régulés perdurent dans les dispositifs d'expérimentation qui ont été mis en place. L'acuité de ces enjeux est même plus grande dans ces nouveaux dispositifs que dans les dispositifs sécuritaires déployés lors du Plan triennal, dans la mesure où, pour reprendre la typologie de Moisdon et al. (1997), il s'agit aujourd'hui davantage d'explorer le nouveau tout en accompagnant la mutation. Or, l'apport des chercheurs en gestion dans l'invention, l'expérimentation et la théorisation de nouveaux cadres d'organisation, lorsque ces chercheurs travaillent aux côtés des acteurs organisationnels, est attesté par littérature sur l'innovation managériale (Mol et Birkinshaw, 2014).

Conclusion du sixième chapitre

Dans ce dernier chapitre, nous avons synthétisé les contributions théoriques et pratiques de la thèse, puis envisagé quelques pistes de continuité sur ces deux plans à l'avenir. Ces contributions ont tout d'abord concerné la connaissance sur les formes souples et intermédiées de régulation. Dans ce premier domaine, nous avons élaboré, en nous appuyant sur l'expérience de recherche qu'a constitué cette thèse, une démarche méthodologique d'évaluation de l'efficacité et de l'utilité des dispositifs de régulation souple intermédiée destinée à traiter les problèmes de causalité complexe (Misangyi et al., 2017) que ces dispositifs soulèvent et que nous avons rencontrés. Bien que cette démarche présente aussi des

limites en matière de généralisation des résultats, de prise en compte des niveaux multiples de causalité, et d'applicabilité, elle fournit une alternative intermédiaire entre les méthodes quantitatives et qualitatives habituellement utilisées dans l'évaluation des politiques publiques (Desplatz et Ferracci, 2016). Cette démarche peut en outre convenir à des formes non-intermédiées, c'est-à-dire directes (K. W. Abbott et al., 2015), de régulation souple. Sur le sujet spécifique de l'intermédiation, notre étude de la participation de l'ANAP au fonctionnement du régime de gouvernementalité du Plan triennal fait apparaître trois effets interdépendants de l'intermédiation – de capacitation contingente, de conjonction des véridictions et d'apprentissage alèthurgique – qui complète le modèle RIT (K. W. Abbott et al., 2017c) en indiquant quelles peuvent être les conditions d'effectivité de la capacité opérationnelle, de l'expertise et de la légitimité de l'intermédiaire. Nous dégageons également de nos observations une quatrième fonction de l'intermédiation – celle d'apprentissage alèthurgique – non identifiée jusqu'alors dans les contributions au modèle RIT, mais expliquant comment l'apprentissage du régulé sur lui-même (Loconto, 2017) peut servir l'apprentissage du régulateur sur la régulation (Auld et Renckens, 2017).

Le deuxième type d'apport de notre travail revient à proposer une approche nouvelle de la gouvernementalité en sciences de gestion, reposant sur l'investigation du fonctionnement de régimes de gouvernementalité (Aggeri, 2005). Nous avons qualifié cette approche de constructive, dans la mesure où elle est orientée vers la compréhension et la participation à la construction de l'action collective (Hatchuel, 2005, 2012) dans les systèmes de régulation. Cette approche se distingue de l'analyse critique des relations de pouvoir dans les organisations (Hardy et Clegg, 2006; McKinlay et Starkey, 1998) car elle replace les mécanismes de pouvoir, dans leur diversité envisagée par Michel Foucault (1978), au sein d'une technologie de gouvernement plus large, entraînant également des procédures d'objectivation et de subjectivation (Foucault, 1981) et de véridiction (Foucault, 1980) mues par une rationalité gouvernementale dominante. Cette approche invite aussi à désenclaver la pensée foucaldienne, puisqu'elle autorise un échange entre une perspective foucaldienne en gestion et d'autres courants de la littérature. Pour le cas de l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, cet échange a permis une fertilisation croisée entre la conceptualisation foucaldienne de la gouvernementalité et deux littératures : 1. celle sur les régimes de régulation (Levi-Faur, 2011) et notamment sur les régimes de régulation du risque (Hood et al., 2001) ; ainsi que 2. celle sur le changement institutionnel (Battilana et al., 2009; DiMaggio et Powell, 1983; Greenwood et Hinings, 1996; Lawrence et al., 2011; Micelotta et al., 2017; Schilke, 2017). De plus, notre approche en régime de gouvernementalité se différencie également des approches typologiques qui se sont inscrites dans une filiation foucaldienne (Lascoumes, 2005; Moisdon, 2005) : celle des fonctions organisationnelles des outils de gestion (Moisdon et al., 1997) et celle des instruments de l'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2004). En déplaçant la focale de l'analyse des instruments aux processus de l'action publique, notre approche facilite les ponts entre ces deux perspectives précédentes, puisqu'elle s'intéresse aux effets des rationalités gouvernementales sur le fonctionnement des organisations. De cette manière, elle peut contribuer aux dynamiques de recherche d'articulation entre les formes de gouvernementalité coexistantes dans le champ sanitaire en France (Cazin, 2017; Lenay, 2005).

Nous avons résumé ce dernier type de contributions en six propositions adressées aux acteurs du système de santé français. Ces propositions, étayées par notre examen des effets

des dispositifs de régulation souple intermédiée employés sur l'axe virage ambulatoire du Plan triennal, visent à améliorer l'utilité et l'efficacité de ces dispositifs. Néanmoins, ces dispositifs évoluent eux-mêmes dans leur fonctionnement, à mesure qu'ils sont mobilisés dans des régimes marqués par des rationalités et des technologies différentes. C'est pourquoi il conviendra d'apprécier la pertinence de chacune de ces propositions pour les régimes de gouvernementalité du champ sanitaire français qui vont se mettre en place à l'avenir. La technologie expérimentatrice qui semble aujourd'hui se déployer dans le cadre d'une rationalité gouvernementale innovatrice, traduite juridiquement dans l'article 51 de la LFSS 2018 (Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, 2017), accentue l'acuité des problématiques d'utilité et d'efficacité de la régulation souple intermédiée que nous avons observées durant le Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé. Nous espérons donc que les chercheurs qui analyseront ce régime nouveau de gouvernementalité trouveront dans les pistes d'investigation que nous avons exposées à la fin de ce chapitre des suggestions aidantes.

Conclusion de la seconde partie

Nous avons vu dans cette partie que l'axe virage ambulatoire du Plan triennal 2015-2017 du ministère de la Santé a marqué la constitution d'un nouveau régime de gouvernementalité sanitaire en France, caractérisé par une rationalité transformatrice de la régulation de ce champ et des organisations hospitalières qui le composent. Cette rationalité a répondu à une visée sécuritaire cherchant à éviter par ces transformations un risque financier systémique. Les dispositifs sécuritaires ainsi mis en œuvre ont impliqué une re-subjectivation des établissements de santé comme organisations ambulatoires à travers des procédures de véridiction alèthurgiques rétroagissant sur l'objectivation de ces régulés par les régulateurs. Ces procédures se sont appuyées sur des mécanismes de pouvoir à dominante pastorale, qui ont asservi les mécanismes juridico-administratifs et disciplinaires de cet axe du Plan. Les régulateurs secondaires se sont diversement appropriés ce fonctionnement, suivant notamment les savoir-faire en gestion de projet et les expertises sur les processus opérationnels du virage ambulatoire dont ils disposaient. Les établissements de santé régulés se sont eux aussi saisis de manière variée des dispositifs de régulation touchant le virage ambulatoire pour agir sur les facteurs de cette transformation à l'aide de deux types de leviers : managériaux et opérationnels.

Les dispositifs de régulation souple intermédiée de l'axe virage ambulatoire ont contribué, au bout de deux ans de mise en œuvre, à accélérer légèrement cette transformation sur deux paramètres organisationnels : le taux de chirurgie ambulatoire et la DMS en médecine. Toutefois, alors que l'hospitalisation ambulatoire fournissait un cadre d'organisation alternatif à l'hospitalisation conventionnelle en chirurgie, elle demeurait largement restreint aux unités de jour en médecine. C'est pourquoi notre explication de l'efficacité des dispositifs de régulation souple intermédiée n'a pu porter que sur le versant chirurgical du virage ambulatoire. Ces résultats ont mis en avant la contribution de ces dispositifs au changement ambulatoire dans les établissements où dominait un consensus défavorable à ce changement ou qui étaient indifférents à son propos. Néanmoins, cette efficacité ne s'est pas traduite en utilité économique pour le régulateur, car les paramètres organisationnels du virage ambulatoire dans son ensemble – en chirurgie comme en médecine – n'ont pas été linéairement corrélés à l'équilibre d'exploitation des établissements de santé entre 2014 et 2016. Cette dé-corrélation peut s'expliquer en partie par les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du cadre d'hospitalisation ambulatoire.

Il se dégage de ces résultats deux types de contributions à la connaissance sur la régulation souple intermédiée : 1. une démarche méthodologique d'évaluation répondant aux enjeux de complexité causale (Misangyi et al., 2017) que pose cette forme de gouvernance de la régulation, et 2. l'identification de trois effets de l'intermédiation – de capacitation contingente, de conjonction des véridiction et d'apprentissage alèthurgique – qui complètent les modèles existants de l'intermédiation (K. W. Abbott et al., 2017c) en signalant des conditions d'effectivité des capacités et des fonctions des intermédiaires de régulation. L'approche constructive de la gouvernementalité que nous avons expérimentée invite en outre à élargir l'usage de cet appareillage conceptuel en sciences de gestion de trois manières : 1. en

resituant les mécanismes de pouvoir dans leur diversité et dans leurs relations avec les procédures de véridiction, d'objectivation et de subjectivation ; 2. en instaurant un dialogue entre ce corpus analytique foucaldien et d'autres courants de pensée ; et 3. en se focalisant sur les procédures par lesquelles les instruments de l'action publique peuvent agir sur le fonctionnement organisationnel. Il découle de notre application de cette approche à l'axe virage ambulatoire du Plan triennal six propositions pour les acteurs du système de santé français destinées à améliorer l'efficacité et l'utilité de la régulation souple intermédiée dans ce champ. À ces propositions sont adjointes des pistes d'investigation futures pour les chercheurs qui souhaiteraient continuer à accompagner ces acteurs dans les transformations en cours de la régulation sanitaire.

Ces transformations semblent marquer le passage d'une technologie sécuritaire à une technologie expérimentatrice mue par une rationalité gouvernementale innovatrice visant à aider les professionnels de santé à inventer de nouveaux cadres d'organisation des soins. Les interactions avec les acteurs de terrain qu'implique la participation de chercheurs à l'innovation managériale (Mol et Birkinshaw, 2014) laissent penser que la méthodologie de recherche-intervention (David, 2012a) qui a été la nôtre continuera donc à pouvoir guider les recherches sur ce régime émergent de gouvernementalité sanitaire. C'est pourquoi nous avons souhaité conclure notre travail par une réflexion sur notre expérience de participation à la transformation de la régulation sanitaire par la recherche-intervention.

Conclusion générale : les effets de l'intermédiation entre régulation et recherche

La recherche-intervention repose sur une interaction entre des chercheurs et des organisations (Kletz, 2018). En tant que telle, elle suppose une intermédiation entre deux mondes : celui de la recherche en gestion et celui du fonctionnement quotidien des organisations. Le CGS a opéré cette intermédiation dans le champ sanitaire français depuis plusieurs décennies, tant au sein des établissements de santé qu'auprès des régulateurs de ce champ (Engel et al., 2000; Moisdon et Tonneau, 1999). De ce point de vue, la présente thèse s'inscrit dans une continuité d'accompagnement par la recherche-intervention des acteurs du système de santé français dans les transformations de la régulation de ce système. Aussi peut-on s'interroger sur les effets de cette intermédiation dans le cas particulier de la participation de l'ANAP au Plan triennal et sur les enseignements nouveaux qui peuvent entre être tirés pour poursuivre ce type d'intermédiation à l'avenir.

Il convient tout d'abord de rappeler l'originalité de la mise en place du partenariat entre l'ANAP et le CGS par rapport aux expériences antérieures de recherche-intervention conduites par ce laboratoire. En effet, ce partenariat a été initié par un salarié de l'ANAP désirant suivre le programme doctoral du CGS, puis a été soutenu par la direction générale de cette agence afin de mieux faire comprendre à l'extérieur d'elle-même le rôle spécifique de l'ANAP dans le système de santé français. Ces spécificités n'ont toutefois pas entraîné de modifications dans le déroulement habituel de la recherche-intervention. Celle-ci s'est attachée à répondre à la problématique ressentie par la direction de l'organisation au début de l'intervention (Hatchuel et Molet, 1986), c'est-à-dire en l'occurrence la volonté de prouver la valeur ajoutée d'un appui aux transformations organisationnelles des établissements de santé. Cette problématique a été traduite en termes conceptuels (David, 2012b) en référence à la littérature sur les modes souples et intermédiés de gouvernance de la régulation. Cette théorisation a débouché sur l'énoncé du sujet de la thèse et sur la formulation du questionnement de recherche présenté en introduction de ce manuscrit. Le doctorant a cherché dans les méthodes de production de connaissances reconnues en sciences de gestion (David, 2012a) celles qui pouvaient être utiles pour traiter ces questions et les a appliquées, avec l'aide de ses directeurs de thèse, aux actions de l'ANAP qui semblaient les plus pertinentes pour cette investigation.

Cette investigation a donné lieu à une interaction continue du doctorant avec les équipes de l'ANAP dont il faisait partie. Après avoir été affecté à l'équipe de pilotage du Plan interne à l'ANAP, le doctorant a ainsi principalement contribué au travail d'évaluation et de bilan mené par cette équipe en aidant à l'élaboration de la grille d'entretiens auprès des responsables régionaux du Plan, en proposant une méthode d'identification de la progression des établissements de santé dans le virage ambulatoire, en concevant et en administrant un questionnaire à destination des CPO et de leur équipe, ainsi qu'en analysant le lien entre les pratiques identifiées dans le Macrodiag et l'état d'avancement des établissements de santé dans le virage ambulatoire en chirurgie. En outre, les travaux de recherche ont été progressivement restitués à la direction de l'ANAP jusqu'à la fin du Plan triennal. Ces

travaux ont finalement été intégrés dans les sources documentaires utilisées pour définir les principes d'actions du département Ingénierie de la transformation créé par l'ANAP en 2018. Au global, la recherche-intervention aura par conséquent servi l'évaluation réalisée par l'ANAP de son action dans le cadre du Plan triennal, et pourra éclairer ses actions futures en matière d'accompagnement de la transformation organisationnelle des établissements de santé.

Comme pour tout intermédiaire, cette proximité du chercheur avec son partenaire de recherche soulève la question de son indépendance et de sa possible capture par ce partenaire (Kruck, 2017; Maggetti et al., 2017; Pegram, 2017). Dans notre cas, la nature du besoin du partenaire de recherche a constitué une garantie contre cette capture. Puisque l'ANAP souhaitait un éclairage scientifique sur les effets de son action pour la régulation du système de santé français, elle était demandeuse de méthodes et de résultats pouvant être considérés comme valides par une communauté scientifique – en l'espèce : celle des chercheurs en gestion. C'est pourquoi l'ANAP a laissé le doctorant définir librement avec ses directeurs de thèse l'approche théorique, empirique et méthodologique exposée dans la première partie du présent manuscrit. Les équipes de l'ANAP ont de surcroît apporté un soutien constant aux demandes de collecte de données émanant du doctorant, tant en ce qui a concerné ses sollicitations d'entretiens auprès des acteurs du Plan triennal que son accès aux documents relatifs à ce Plan. Les équipes de l'ANAP ont ainsi grandement facilité la mise à disposition des données requises par les chercheurs. L'ANAP a même associé le doctorant aux collectes prévues dans son dispositif interne de pilotage, comme les entretiens auprès des responsables régionaux du Plan, afin que ces données puissent être utiles à la recherche. Pareillement, l'ANAP n'a imposé aucune restriction à la présentation des résultats décrits dans la seconde partie de ce manuscrit, qui lui ont été communiqués au fil de leur élaboration. Les préconisations pratiques énoncées dans le dernier chapitre ont été discutées, dans leur version préliminaire, avec le directeur du département auquel appartenait le doctorant, ce qui a permis de commencer à en apprécier la correspondance avec les besoins de connaissances de l'ANAP en matière d'ingénierie de la transformation.

Si cet objectif de génération d'un savoir d'ordre scientifique a assuré l'indépendance de la démarche de recherche-intervention conduite dans le cadre de cette thèse, ce but invite à examiner les potentiels effets de rationalisation scientifique de la régulation que cette démarche a pu induire. Comme le notent Djelic et Sahlin-Andersson (2006, p. 32) « la scientisation [...] est souvent une base importante du développement actuel de la régulation souple ». L'axe virage ambulatoire du Plan triennal offre de ce point de vue un exemple intéressant, dans la mesure où les dispositifs de régulation souple déployés sur cet axe n'ont pas prioritairement mobilisé des procédures de véridiction relevant de l'épistémologie mais de l'alèthurgie. Ainsi, le changement ambulatoire n'a pas été légitimé par le recours à des vérités scientifiques mais par la manifestation de vérités subjectives déclarées par des professionnels ayant vécu ce changement. Notre étude révèle par conséquent un mode légitimation distinct de ceux recensés dans la littérature sur la régulation souple (Mörth, 2004). Néanmoins, les raisons ayant poussé l'intermédiaire de régulation à s'engager dans un partenariat de recherche-intervention suggèrent qu'un usage de la présente thèse à des fins de scientisation – c'est-à-dire de rationalisation scientifique – de la régulation est possible.

À l'heure de la remise de ce manuscrit, aucune preuve empirique n'est venue confirmer cette éventualité. Ni l'ANAP ni les régulateurs du Plan triennal ne se sont prévalus des

résultats de la recherche pour trouver des légitimations au virage ambulatoire ou plus généralement à leurs actions. Toutefois, ce type d'orientation de la recherche-intervention n'est pas à exclure pour le futur. Les transformations de la régulation sanitaire, en ce qu'elles modifient les sources de légitimité mobilisées par cette régulation, créent par conséquent de nouvelles opportunités de développement pour la recherche-intervention. En effet, dans son principe, la recherche-intervention ne pose pas l'instrumentation de la recherche comme un problème pouvant biaiser les résultats de l'analyse, mais au contraire comme un moyen de connaître un fonctionnement organisationnel ou systémique (Hatchuel et Molet, 1986; Kletz, 2018). Notre expérience montre qu'une demande de connaissances d'ordre scientifique par un partenaire de recherche impliqué dans la régulation ne perturbe pas le travail des chercheurs ; à l'inverse, une telle demande facilite leur accès aux données et garantit leur indépendance. Néanmoins, notre cas indique dans le même temps que l'instrumentation des résultats par les partenaires de recherche n'est pas automatique. Il revient donc aux chercheurs voulant impulser cette dynamique de l'inciter activement.

Références

Articles et ouvrages universitaires

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of labor*. Chicago, IL : University of Chicago Press.

Abbott, K. W. (2012). The transnational regime complex for climate change. *Environment and Planning C: Government and Policy*, *30*(4), 571-590.

Abbott, K. W., Genschel, P., Snidal, D., et Zangl, B. (2015). *International organizations as orchestrators*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Abbott, K. W., Levi-Faur, D., et Snidal, D. (2017a). Enriching the RIT framework. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 280-288.

Abbott, K. W., Levi-Faur, D., et Snidal, D. (2017b). Introducing regulatory intermediaries. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 6-13.

Abbott, K. W., Levi-Faur, D., et Snidal, D. (2017c). Theorizing regulatory intermediaries: The RIT model. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 14-35.

Abbott, K. W., et Snidal, D. (2009a). The governance triangle: regulatory standards institutions and the shadow of the state. In W. Mattli et N. Woods (Eds.), *The politics of global regulation* (pp. 44-88). Princeton : Princeton University Press.

Abbott, K. W., et Snidal, D. (2009b). Strengthening International Regulation through Transnational New Governance: Overcoming the Orchestration Deficit. *Vanderbilt Journal of Transnational Law, 42*, 501-578.

Abbott, K. W., et Snidal, D. (2010). International regulation without international government: Improving IO performance through orchestration. *The Review of International Organizations, 5*(3), 315-344.

Abraham, N., et Albayati, S. (2011). Enhanced recovery after surgery programs hasten recovery after colorectal resections. *World journal of gastrointestinal surgery, 3*(1), 1.

Aggeri, F. (2005). Les régimes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement. In A. Hatchuel, E. Pezet, K. Starkey et O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault* (pp. 431-464). Québec : Presses de l'Université Laval.

Aldestam, M. (2004). Soft law in the State aid policy area. In U. Mörth (Ed.), *Soft Law in Governance and Regulation: An Interdisciplinary Analysis* (pp. 11-36). Cheltenham, UK : Edward Elgar.

ANAP. (2015). *Guide du Contrôle de gestion à l'hôpital*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Argyris, C., et Schon, D. (1996). *Organizational learning II: Theory, Method, and Practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Aristote. (1998). *Éthique à Nicomaque*. Paris: Flammarion.

Auld, G., et Renckens, S. (2017). Rule-making feedbacks through intermediation and evaluation in transnational private governance. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 93-111.

Ayres, I., et Braithwaite, J. (1992). *Responsive regulation: Transcending the deregulation debate*. Oxford : Oxford University Press.

Baly, O. (2015). Le contrôle de gestion hospitalier: Une innovation managériale dans le pilotage des établissements de santé ? In B. Fermon et P. Grandjean (Eds.),

Performance et innovation dans les établissements de santé (pp. 409-432). Paris : Dunod.

Battilana, J. (2011). The enabling role of social position in diverging from the institutional status quo: Evidence from the UK National Health Service. *Organization Science, 22*(4), 817-834.

Battilana, J., et Casciaro, T. (2012). Change agents, networks, and institutions: A contingency theory of organizational change. *Academy of Management Journal, 55*(2), 381-398.

Battilana, J., et Casciaro, T. (2013). Overcoming resistance to organizational change: Strong ties and affective cooptation. *Management Science, 59*(4), 819-836.

Battilana, J., et D'aunno, T. (2009). Institutional work and the paradox of embedded agency. *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, 31-58.

Battilana, J., Gilmartin, M., Sengul, M., Pache, A.-C., et Alexander, J. A. (2010). Leadership competencies for implementing planned organizational change. *The Leadership Quarterly, 21*(3), 422-438.

Battilana, J., Leca, B., et Boxenbaum, E. (2009). How actors change institutions: towards a theory of institutional entrepreneurship. *The Academy of Management Annals, 3*(1), 65-107.

Beaudry, M., et Ménard, J. (2014). L'analyse discriminante: Une analyse permettant d'explorer les prédicteurs de la satisfaction au travail. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 611-643). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Benzer, J. K., Young, G., Stolzmann, K., Osatuke, K., Meterko, M., Caso, A., White, B., et Mohr, D. C. (2011). The relationship between organizational climate and quality of chronic disease management. *Health Services Research, 46*(3), 691-711.

Berend, K. (2017). The outpatient THA: A paradigm change. *Bone Joint J, 99*(SUPP 7), 6-6.

Bertrand, M., Duflo, E., et Mullainathan, S. (2004). How much should we trust differences-in-differences estimates? *The Quarterly journal of economics, 119*(1), 249-275.

Berwick, D. M., Nolan, T. W., et Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs, 27*(3), 759-769.

Birkinshaw, J., Hamel, G., et Mol, M. J. (2008). Management innovation. *Academy of Management Review, 33*(4), 825-845.

Blomgren, M., et Waks, C. (2015). Coping with contradictions: hybrid professionals managing institutional complexity. *Journal of Professions and Organization*, 2(1), 78-102.

Boltanski, L., et Thévenot, L. (1991). *De la justification : Les économies de la grandeur*. Paris : Éditions Gallimard.

Bouguen, A., et Seban, J. (2014). L'assignation aléatoire comme méthode d'évaluation des politiques publiques. *Economie et prévision*(1), 119-143.

Boxenbaum, E. (2014). Toward a situated stance in organizational institutionalism: Contributions from French pragmatist sociology theory. *Journal of Management Inquiry, 23*(3), 319-323.

Braithwaite, J. (2011). The essence of responsive regulation. *University of British Columbia Law Review, 44*, 475-520.

Brandsen, T., Boogers, M., et Tops, P. (2006). Soft governance, hard consequences: The ambiguous status of unofficial guidelines. *Public Administration Review, 66*(4), 546-553.

Brault, M.-C., Dion, É., et Dupéré, V. (2014). Les analyses multiniveaux : Illustration à l'aide d'une étude évaluant l'efficacité d'une intervention scolaire ciblant les problèmes d'attention en classe et les difficultés de lecture. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.),

Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé (pp. 714-741). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Brès, L., et Gond, J.-P. (2014). The visible hand of consultants in the construction of the markets for virtue: Translating issues, negotiating boundaries and enacting responsive regulations. *Human Relations, 67*(11), 1347-1382.

Briand, C., et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 545-610). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Caliendo, M., et Kopeinig, S. (2008). Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. *Journal of Economic Surveys, 22*(1), 31-72.

Cardinale, I. (2017). Beyond Constraining and Enabling: Towards New Microfoundations for Institutional Theory. *Academy of Management Review*, 43(1), 132-155.

Cazin, L. (2017). *Regrouper pour mieux gouverner ? : Le cas des hôpitaux publics français.* Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Claude Sardas et Frédéric Kletz, Paris Sciences et Lettres.

Cohen, M., et Sundararajan, A. (2015). Self-regulation and innovation in the peer-to-peer sharing economy. *University of Chicago Law Review Dialogue, 82*, 116-133.

Corbin, J. M., et Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, *13*(1), 3-21.

Currie, G., Lockett, A., Finn, R., Martin, G., et Waring, J. (2012). Institutional work to maintain professional power: recreating the model of medical professionalism. *Organization Studies, 33*(7), 937-962.

Dacin, M. T., Munir, K., et Tracey, P. (2010). Formal dining at Cambridge colleges: Linking ritual performance and institutional maintenance. *Academy of Management Journal, 53*(6), 1393-1418.

Dahl, K., Larivière, N., et Corbière, M. (2014). L'étude de cas. Illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de personnalité limite. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 545-610). Québec : Presses de l'Université du Québec.

David, A. (2012a). La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management? In A. David, A. Hatchuel et R. Laufer (Eds.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion: éléments d'épistémologie de la recherche en management* (pp. 241-264). Paris : Presses des Mines.

David, A. (2012b). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion: trois hypothèses revisitées. In A. David, A. Hatchuel et R. Laufer (Eds.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion: éléments d'épistémologie de la recherche en management* (pp. 111-142). Paris: Presses des Mines.

De Silva, N. (2017). Intermediary complexity in regulatory governance: The International Criminal Court's use of NGOs in regulating international crimes. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 170-188.

Deephouse, D. L., Bundy, J., Plunkett Tost, L., et Suchman, M. (2017). Organizational Legitimacy: Six Key Questions. In R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence et R. E. Meyer (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (2nd ed., pp. 27-54). Londres : Sage Publications.

Delamare, N., Vidal-Trécan, G., et Christoforov, B. (1997). L'hospitalisation de semaine dans un service de Médecine Interne: patients et filières de soins: Description et comparaison à l'hospitalisation classique. *Annales de médecine interne, 148*(7), 491-495.

DiMaggio, P. J., et Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Collective rationality and institutional isomorphism in organizational fields. *American Sociological Review, 48*(2), 147-160.

DiMaggio, P. J., et Powell, W. W. (1991). Introduction. In W. W. Powell et P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis* (Vol. 17). Chicago, IL : University of Chicago Press.

Djelic, M.-L., et Sahlin-Andersson, K. (2006). *Transnational governance: Institutional dynamics of regulation*. Cambridge : Cambridge University Press.

Dormont, B. (2007). *Introduction à l'économétrie*. Paris : Montchrestien.

Drahos, P., et Krygier, M. (2017). Regulation, institutions and networks. In P. Drahos (Ed.), *Regulatory Theory: Foundations and Applications* (pp. 1-22). Acton : Australian National University Press.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review, 14*(4), 532-550.

Engel, F., Kletz, F., Moisdon, J., et Tonneau, D. (2000). *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 2. La régulation du système hospitalier*. Paris : Seli Arslan.

Feigin, V. (2016). Global, regional, and national Disability-adjusted Life Years (Dalys) for 315 diseases and injuries and Healthy Life Expectancy (Hale), 1990-2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *The Lancet, 388*(10053), 1603-1658.

Felin, T., Foss, N. J., et Ployhart, R. E. (2015). The microfoundations movement in strategy and organization theory. *Academy of Management Annals, 9*(1), 575-632.

Fiss, P. C. (2011). Building better causal theories: A fuzzy set approach to typologies in organization research. *Academy of Management Journal, 54*(2), 393-420.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la Clinique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*. Paris : Éditions Gallimard.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Gallimard.

Foucault, M. (1977). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Éditions Gallimard, 2014.

Foucault, M. (1978). *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris : EHESS Gallimard Seuil, 2004.

Foucault, M. (1979). *Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris : EHESS Gallimard Seuil, 2004.

Foucault, M. (1980). *Du gouvernement des vivants: cours au Collège de France: 1979-1980*. Paris : EHESS Gallimard Seuil, 2012.

Foucault, M. (1981). *Subjectivité et vérité: cours au Collège de France (1980-1981)*. Paris : EHESS Gallimard Seuil, 2014.

Foucault, M. (1982). *L'herméneutique du sujet: cours au Collège de France, 1981-1982*. Paris : EHESP Gallimard Seuil, 2001.

Foucault, M. (1983a). *Le Gouvernement de soi et des autres: cours au Collège de France, 1981-1982*. Paris: EHESP Gallimard Seuil, 2001.

Foucault, M. (1983b). The Subject and Power. In H. L. Dreyfus et P. Rabinow (Eds.), *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (pp. 208-226). Chicago, IL : University of Chicago Press.

Foucault, M. (1984a). *Histoire de la sexualité II L'usage de plaisir*. Paris: Éditions Gallimard.

Foucault, M. (1984b). *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*. Paris: Éditions Gallimard.

Foucault, M. (1984c). *Le Courage de la vérité. Le Gouvernement de soi et des autres II: cours au Collège de France, 1981-1982*. Paris : EHESP Gallimard Seuil, 2001.

Foucault, M., Barret-Kriegel, B., Thalamy, A., Beguin, F., et Fortier, B. (1979). *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles : Pierre Mardaga.

Friedland, R., et Alford, R. R. (1991). Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions. In W. W. Powell et P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago, IL : University of Chicago Press.

Gagnon, É., Guberman, N., et Côté, D. (2002). Les soins à dominicile dans le contexte du virage ambulatoire. *L'infirmière du Québec*, *10*(2).

George, E., Chattopadhyay, P., Sitkin, S. B., et Barden, J. (2006). Cognitive underpinnings of institutional persistence and change: A framing perspective. *Academy of Management Review*, *31*(2), 347-365.

Gillissen, F., Hoff, C., Maessen, J. M., Winkens, B., Teeuwen, J. H., von Meyenfeldt, M. F., et Dejong, C. H. (2013). Structured synchronous implementation of an enhanced recovery program in elective colonic surgery in 33 hospitals in The Netherlands. *World Journal of Surgery*, *37*(5), 1082-1093.

Gioia, D. A., Corley, K. G., et Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, *16*(1), 15-31.

Glaser, B., et Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*.

Glouberman, S., et Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease, Part I : Differentiation. *Health Care Management Review*, *26*(1), 56-69.

Gond, J.-P., Kang, N., et Moon, J. (2011). The government of self-regulation: On the comparative dynamics of corporate social responsibility. *Economy and Society*, *40*(4), 640-671.

Gray, B., Purdy, J. M., et Ansari, S. (2015). From interactions to institutions: Microprocesses of framing and mechanisms for the structuring of institutional fields. *Academy of Management Review*, *40*(1), 115-143.

Greenwood, R., et Hinings, C. R. (1993). Understanding strategic change: The contribution of archetypes. *Academy of Management Journal*, *36*(5), 1052-1081.

Greenwood, R., et Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review*, *21*(4), 1022-1054.

Greenwood, R., Suddaby, R., et Hinings, C. R. (2002). Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of Management Journal*, *45*(1), 58-80.

Hardy, C., et Clegg, S. R. (2006). Some dare call it power. In S. R. Clegg, C. Hardy, T. B. Lawrence et W. R. Nord (Eds.), *The SAGE Handbook of Organization Studies*. Londres : SAGE Publications.

Hardy, C., et Maguire, S. (2008). Institutional entrepreneurship. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin et R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 198-217). Londres : SAGE Publications.

Hatchuel, A. (2005). Pour une épistémologie de l'action collective. In A. Hatchuel, E. Pezet, K. Starkey et O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault* (pp. 15-30). Québec : Presses de l'Université Laval.

Hatchuel, A. (2012). Quel horizon pour les sciences de gestion? Vers une théorie de l'action collective. In A. David, A. Hatchuel et R. Laufer (Eds.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion: éléments d'épistémologie de la recherche en management* (pp. 21-64). Paris : Presses des Mines.

Hatchuel, A., et Molet, H. (1986). Rational modelling in understanding and aiding human decision-making: About two case studies. *European Journal of Operational Research, 24*(1), 178-186.

Hatchuel, A., et Weil, B. (1992). *L'expert et le système*. Paris : Economica.

Havinga, T., et Verbruggen, P. (2017). Understanding complex governance relationships in food safety regulation: The RIT model as a theoretical lens. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 58-77.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration, 69*(1), 3-19.

Hood, C. (1993). *The Tools of Government*. Londres: Mac Millan.

Hood, C., Rothstein, H., et Baldwin, R. (2001). *The government of risk: Understanding risk regulation regimes*. Oxford : Oxford University Press.

Hsiao, C. (2014). *Analysis of panel data*. Cambridge, UK : Cambridge university press.

Hunter, D. J., et Reddy, K. S. (2013). Noncommunicable diseases. *New England Journal of Medicine, 369*(14), 1336-1343.

Jacobsson, K. (2004). Between the Deliberation and Discipline: Soft Governance in EU Employment Policy. In U. Mörth (Ed.), *Soft Law in Governance and Regulation* (pp. 37-60). Cheltenham, UK : Edward Elgar.

Jarzabkowski, P., Matthiesen, J., et Van de Ven, A. H. (2009). Doing which work? A practice approach to institutional pluralism. In T. B. Lawrence, R. Suddaby et B. Leca (Eds.), *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations* (pp. 284-316). New York : Cambridge University Press.

Jordana, J., Levi-Faur, D., et Fernández i Marín, X. F. (2011). The global diffusion of regulatory agencies: channels of transfer and stages of diffusion. *Comparative Political Studies, 44*(10), 1343-1369.

Kennedy, P. (2003). *A guide to econometrics*. Cambridge, MA : MIT press.

Kirton, J. J., et Trebilcock, M. J. (2017). *Hard choices, soft law: Voluntary standards in global trade, environment and social governance*. Abingdon : Routledge.

Kletz, F. (2018). La recherche-intervention est un sport de combat. *Éducation Permanente, 214*(1).

Kruck, A. (2017). Asymmetry in empowering and disempowering private intermediaries: The case of credit rating agencies. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 133-151.

Kurunmaki, L. (2008). *Failing Organisations and Organisational Failures: the case of accounting and health care regulation*. LSE Research Online : http://eprints.lse.ac.uk/25078/.

Kurunmaki, L., Lapsley, I., et Melia, K. (2003). Accountingization vs. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care. *Management Accounting Research, 14*(2), 112-139.

Kurunmäki, L., Mennicken, A., et Miller, P. (2016). Quantifying, Economising, and Marketising: Democratising the social sphere? *Sociologie du travail, 58*(4), 390-402.

Kurunmäki, L., et Miller, P. (2008). Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision. *Health, Risk et Society, 10*(1), 9-21.

Lachance, L., et Raîche, G. (2014). Analyses de Variance Univariée et Multivariée: Illustration de l'analyse des problèmes de comportement chez les jeunes ayant une déficience intellectuelle selon le sexe et le niveau de déficience. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 545 - 610). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review, 24*(4), 691-710.

Lascoumes, P. (2005). De l'Etat à la Gouvernementalité: une nouvelle perspective sur l'organisation politique. In A. Hatchuel, E. Pezet, K. Starkey et O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault* (pp. 341-362). Québec : Presses de l'Université Laval.

Lascoumes, P., et Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences po.

Lawrence, T. B. (2008). Power, Institutions and Organizations. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin et R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 170-197). Londres : SAGE Publications.

Lawrence, T. B., et Suddaby, R. (2006). Institutions and institutional work. In S. Clegg, C. Hardy et W. R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (2nd ed., pp. 215-254). Londres : Sage.

Lawrence, T. B., Suddaby, R., et Leca, B. (2009). *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Lawrence, T. B., Suddaby, R., et Leca, B. (2011). Institutional work: Refocusing institutional studies of organization. *Journal of Management Inquiry, 20*(1), 52-58.

Lenay, O. (2005). L'ergonomie de la gouvernementalité: Le cas du système hospitalier français. In A. Hatchuel, E. Pezet, K. Starkey et O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: L'héritage de Michel Foucault* (pp. 395-430). Québec : Presses de l'Université Laval.

Levi-Faur, D. (2010). Regulation and regulatory governance. *Jerusalem Papers in Regulation & Governance, Working Paper No. 1*, 1-40.

Levi-Faur, D. (2011). Regulation and regulatory governance. In D. Levi-Faur (Ed.), *Handbook on the Politics of Regulation* (pp. 3-24). Cheltenham, UK : Edward Elgar.

Levi-Faur, D. (2017). Regulatory Capitalism. In P. Drahos (Ed.), *Regulatory Theory: Foundations and Applications* (pp. 289-302). Acton : Australian National University Press.

Levi-Faur, D., et Starobin, S. M. (2014). Transnational politics and policy: From two way to three way interactions. *Jerusalem Papers in Regulation and Governance, working paper, 62*.

Lockett, A., Currie, G., Waring, J., Finn, R., et Martin, G. (2012). The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Social Science et Medicine, 74*(3), 356-363.

Loconto, A. M. (2017). Models of assurance: Diversity and standardization of modes of intermediation. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 112-132.

Luo, Y., Iyengar, G., et Venkatasubramanian, V. (2016). Soft regulation with crowd recommendation: coordinating self-interested agents in sociotechnical systems under imperfect information. *PloS one, 11*(3), e0150343.

Lytton, T. D. (2017). The taming of the stew: Regulatory intermediaries in food safety governance. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 78-92.

Maggetti, M., Ewert, C., et Trein, P. (2017). Not quite the same: Regulatory intermediaries in the governance of pharmaceuticals and medical devices. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 152-169.

Maguire, S., Hardy, C., et Lawrence, T. B. (2004). Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada. *Academy of Management Journal, 47*(5), 657-679.

Majone, G. (1994). The rise of the regulatory state in Europe. *West European Politics, 17*(3), 77-101.

Marcussen, M. (2004). OECD Governance through Soft Law. In U. Mörth (Ed.), *Soft Law in Governance and Regulation* (pp. 37-60). Cheltenham, UK : Edward Elgar.

Marquis, C., et Lounsbury, M. (2007). Vive la résistance: Competing logics and the consolidation of US community banking. *Academy of Management Journal, 50*(4), 799-820.

Marx, A., et Wouters, J. (2017). Rule intermediaries in global labor governance. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 189-206.

McKinlay, A., et Starkey, K. (1998). *Foucault, management and organization theory: From panopticon to technologies of self*. Londres : Sage.

Mennicken, A., et Miller, P. (2014). *Michel Foucault and the administering of lives*. Oxford : Oxford University Press.

Meyer, J. W., et Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology, 83*(2), 340-363.

Micelotta, E., Lounsbury, M., et Greenwood, R. (2017). Pathways of institutional change: An integrative review and research agenda. *Journal of Management, 43*(6), 1885-1910.

Micelotta, E., et Washington, M. (2013). Institutions and maintenance: The repair work of Italian professions. *Organization Studies, 34*(8), 1137-1170.

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A method sourcebook*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Miller, P., et Power, M. (2013). Accounting, organizing, and economizing: Connecting accounting research and organization theory. *The Academy of Management Annals, 7*(1), 557-605.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Eyrolles.

Misangyi, V. F., et Acharya, A. G. (2014). Substitutes or complements? A configurational examination of corporate governance mechanisms. *Academy of Management Journal, 57*(6), 1681-1705.

Misangyi, V. F., Greckhamer, T., Furnari, S., Fiss, P. C., Crilly, D., et Aguilera, R. (2017). Embracing causal complexity: The emergence of a neo-configurational perspective. *Journal of Management, 43*(1), 255-282.

Moisdon, J.-C. (2005). Sur la largeur des mailles du filet: savoirs incomplets et gouvernement des organisations. In A. Hatchuel, E. Pezet, K. Starkey et O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault, Laval, Les Presses de l'Université Laval* (pp. 134-146). Québec : Presses de l'Université Laval.

Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*(1), 91-115.

Moisdon, J.-C. (2013). De l'incitatif économique à la machine de gestion: le cas des établissements de santé. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 82, 39-54.

Moisdon, J.-C. (2015). Recherche en gestion et intervention. *Revue française de gestion*, 8, 21-39.

Moisdon, J.-C., Aggeri, F., Engel, F., Fixari, D., Hatchuel, A., Kletz, F., Nakhla, M., Nobre de Morais, A.-P., Pallez, F., Sardas, J.-C., Soler, L.-G., Tonneau, D., Touati, N., Weil, B. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris : Seli Arslan.

Moisdon, J.-C., et Pepin, M. (2010). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. *Document de travail Série Etudes et Recherches, DREES* (97).

Moisdon, J.-C., et Tonneau, D. (1999). *La démarche gestionnaire à l'hôpital: Recherches sur la gestion interne*. Paris : Seli Arslan.

Mol, M. J., et Birkinshaw, J. (2014). The role of external involvement in the creation of management innovations. *Organization studies, 35*(9), 1287-1312.
Mörth, U. (2004). *Soft law in governance and regulation: an interdisciplinary analysis*. Cheltenham, UK : Edward Elgar.
Osborne, S. P. (2010). *The new public governance: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Abingdon : Routledge.
Österdahl, I. (2004). The ECJ and Soft Law: Who's Afraid of the EU Fundamental Rights Charter? In U. Mörth (Ed.), *Soft Law in Governance and Regulation* (pp. 37-60). Cheltenham, UK : Edward Elgar.
Paradeise, C. (2003). Comprendre les professions: l'apport de la sociologie. *Sciences humaines, 139*, 26-29.
Pegram, T. (2017). Regulatory Stewardship and Intermediation: Lessons from Human Rights Governance. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 670*(1), 225-244.
Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal field research on change: Theory and practice. *Organization Science, 1*(3), 267-292.
Platon. (2002). *La République*. Paris: Flammarion.
Power, M. (1997). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford : Oxford University Press.
Ragin, C. C. (2000). *Fuzzy-Set Social Science*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
Ramirez, C. (2012). How Big Four audit firms control standard-setting in accounting and auditing? In I. Huault et C. Richard (Eds.), *Finance: The Discreet Regulator: How Financial Activities Shape and Transform the World* (pp. 40-58). Basingstoke : Palgrave Macmillan.
Rihoux, B., et Ragin, C. C. (2009). *Configurational comparative methods: Qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
Rosanvallon, P. (1981). *La crise de l'État providence*. Paris : Seuil.
Rose, N. (1999). *Powers of freedom*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
Sahlin, K., et Wedlin, L. (2008). Circulating ideas: Imitation, translation and editing. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin et R. Suddaby (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 218-242). Londres : Sage Publications.
Sahlin-Anderson, K., et Engwall, L. (2002). *Carriers, flows and sources of management knowledge*. Stanford, CA : Stanford University Press.
Sahlin-Andersson, K. (2004). Emergent cross-sectional soft regulations: dynamics at play in the global compact initiative. In U. Mörth (Ed.), *Soft Law in Governance and Regulation* (pp. 129-153). Cheltenham, UK : Edward Elgar.
Schilke, O. (2017). A micro-institutional inquiry into resistance to environmental pressures. *Academy of Management Journal, 61*(4), 1431-1466.
Scott, C. (2017). The Regulatory State and Beyond. In P. Drahos (Ed.), *Regulatory Theory: Foundations and Applications* (pp. 265-288). Acton : Australian National University Press.
Smets, M., et Jarzabkowski, P. (2013). Reconstructing institutional complexity in practice: A relational model of institutional work and complexity. *Human Relations, 66*(10), 1279-1309.
Smets, M., Morris, T., et Greenwood, R. (2012). From practice to field: A multilevel model of practice-driven institutional change. *Academy of Management Journal, 55*(4), 877-904.
Snyder, F. (1994). Soft law and institutional practice in the European Community. In S. Martin (Ed.), *The construction of Europe* (pp. 197-225). Dordrecht : Springer.

Spiliopoulou Åkermark, S. (2004). Soft Law and International Financial Institutions - Issues of Hard and Soft Law from a Lawyer's Perspective. In U. Mörth (Ed.), *Soft Law in Governance and Regulation* (pp. 37-60). Cheltenham, UK : Edward Elgar.

Talesh, S. (2015). Rule ‐ Intermediaries in Action: How State and Business Stakeholders Influence the Meaning of Consumer Rights in Regulatory Governance Arrangements. *Law et Policy, 37*(1-2), 1-31.

Thornton, P. H., Ocasio, W., et Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford : Oxford University Press.

Veldman, J., et Willmott, H. (2016). The cultural grammar of governance: The UK Code of Corporate Governance, reflexivity, and the limits of 'soft'regulation. *Human Relations, 69*(3), 581-603.

Vergne, J.-P., et Depeyre, C. (2016). How do firms adapt? A fuzzy-set analysis of the role of cognition and capabilities in US defense firms' responses to 9/11. *Academy of Management Journal, 59*(5), 1653-1680.

Vogel, D. (2009). The Private Regulation of Global Corporate Conduct. In W. Mattli et N. Woods (Eds.), *The politics of global regulation* (pp. 151-188). Princeton, NJ : Princeton University Press.

Vogel, S. K. (1996). *Freer markets, more rules: Regulatory reform in advanced industrial countries*. Cornell, NY : Cornell University Press.

Wedlin, L., et Sahlin, K. (2017). The Imitation and Translation of Management Ideas. In R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence et R. E. Meyer (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (2nd ed., pp. 102-127). Londres : Sage Publications.

Wetzel, R., et Van Gorp, L. (2014). Eighteen shades of grey? An explorative literature review into the theoretical flavours of organizational change research. *Journal of Organizational Change Management, 27*(1), 115-146.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Rapports

ANAP. (2017). Présentation du dispositif d'appui au Plan triennal 2015-2017 : Bilan au 30 novembre 2017. *Rapport semestriel n°3*.

CNAMTS. (2014). Améliorer la Qualité du Système de Santé et Maîtriser les Dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. *Rapports Charges et Produits*.

CNAMTS. (2016). Améliorer la Qualité du Système de Santé et Maîtriser les Dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. *Rapports Charges et Produits*.

CNAMTS. (2017). Améliorer la Qualité du Système de Santé et Maîtriser les Dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. *Rapports Charges et Produits*.

CNAMTS. (2018). Améliorer la Qualité du Système de Santé et Maîtriser les Dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. *Rapports Charges et Produits*.

CNAMTS, et DREES. (2018). Note sur le cadre d'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018). *Document de travail.*

Conseil stratégique de l'innovation en santé. (2018). Support de présentation de la réunion du 05 avril 2018. *Document de travail.*

Desplatz, R., et Ferracci, M. (2016). Comment évaluer l'impact des politiques publiques? Un guide à l'usage des décideurs et praticiens. *Documentation France Stratégie*.

DSS-ACOSS-DGFIP-MCP. (2015). Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015. *La documentation française*.
HAS-ANAP. (2013). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. *Recommandations organisationnelles*.
IGAS. (2014). Evaluation de la gestion du risque maladie. *Rapport public 2013-163R*.
IGF-IGAS. (2014). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France: Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales. *Rapport public 2014-M-034-02 (IGF) 2014-039R (IGAS)*.
IGF-IGAS. (2016). Développement des prises en charge hospitalière ambulatoires de médecine: Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales. *Rapport public 2015-M-053(IGF) 2015-117R (IGAS)*.
IRDES. (2017). Les réformes hospitalières en France : Aspects historiques et réglementaires. *Documentation de l'Irdes*.
SGMAP. (2015). Évaluation des politiques publiques (EPP) : principes, processus et méthode. *Études et référentiels*.

Textes législatifs, réglementaires et gouvernementaux

Appel à manifestation d'intérêt : Expérimentation nationale relative à l'incitation à une prise en charge partagée. Ministère de la Santé et Assurance Maladie. (2018a).
Appel à manifestation d'intérêt : L'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS). Ministère de la Santé et Assurance Maladie. (2018b).
Appel à manifestation d'intérêt : L'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Peps). Ministère de la Santé et Assurance Maladie. (2018c).
Circulaire n° DHOS/F1/MTAA n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.
Circulaire n° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).
Circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/DGFiP n° 2013-271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).
Code de la santé publique : articles L1434-2, L6111-1, L6113-10, D6124-301 et D6124-305.
Code de la sécurité sociale : article L162-1-17 et R161-70 à R161-76.
Communiqué de presse du ministère de la Santé du 3 mars 2015. Le plan d'économies sur les dépenses d'assurance maladie.
Extrait de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/040315_-_CP_Economies_ES.pdf
Convention constitutive du Groupement d'intérêt public « Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux » singée par l'État, l'Uncam, la Cnsa et les Fédérations hospitalières, le 23 octobre 2009.
Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Instruction DGOS/R3 n° 2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.
Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.
Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 : article 51.
Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.
Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux.
Plan Cancer 2014-2019. Ministère de la Santé et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2014.
Plan national de gestion du risque et de l'efficience du système de soins. DSS-UNCAM, 2016.
Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : article 126.

Index des tableaux

TABLEAU 1.1 : LES QUATRE MODES DE GOUVERNANCE DES REGIMES DE REGULATION 29
TABLEAU 1.2 : ÉCHELLE BIDIRECTIONNELLE DU CHANGEMENT INSTITUTIONNEL 47
TABLEAU 2.1 : CORRESPONDANCE DES APPROCHES EN FORMES ET REGIMES DE GOUVERNEMENTALITE 70
TABLEAU 2.2 : LES INSTANCES DE PILOTAGE DU PLAN TRIENNAL 79
TABLEAU 2.3 : VALEURS DE REFERENCE UTILISEES PAR L'ANAP POUR LE VIRAGE AMBULATOIRE EN 2016 83
TABLEAU 2.4 : CLASSIFICATION PAR NATURE DES DISPOSITIFS DU PLAN TRIENNAL MOBILISES SUR L'AXE « VIRAGE AMBULATOIRE ET ADEQUATION DE LA PRISES EN CHARGE EN ETABLISSEMENT » 83
TABLEAU 3.1 : CARTE DES METHODES 112
TABLEAU 3.2 : ENTRETIENS REALISES AUPRES DES REGULATEURS PRIMAIRES DU PLAN TRIENNAL 118
TABLEAU 3.3 : ENTRETIENS REALISES AUPRES DES REGULATEURS SECONDAIRES DU PLAN TRIENNAL 119
TABLEAU 3.4 : ENTRETIENS REALISES DANS LES ETABLISSEMENTS REGULES 121
TABLEAU 3.5 : DONNEES DE SELECTION DES CAS EXPLORATOIRES 128
TABLEAU 3.6. CARACTERISTIQUES DES CADRES D'ORGANISATION DU VIRAGE AMBULATOIRE 144
TABLEAU 3.7. CALIBRAGE DES SCORES D'APPARTENANCE AU VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE, DE FIN 2014 A FIN 2016 145
TABLEAU 4.1 : TYPOLOGIE DES DEMARCHES D'APPROPRIATION REGIONALES DES DISPOSITIFS DU PLAN TRIENNAL 189
TABLEAU 5.1 : VALEURS INITIALES DES INDICATEURS DU VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE DANS LE GROUPE DE TRAITEMENT ET DANS LE RESTE DE LA POPULATION OBSERVABLE 211
TABLEAU 5.2 : VALEURS EX ANTE DES INDICATEURS DU VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE DANS LE GROUPE DE TRAITEMENT ET DANS LE GROUPE DE CONTROLE 212
TABLEAU 5.3 : VALEURS EX POST DES INDICATEURS DU VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE DANS LE GROUPE DE TRAITEMENT ET DANS LE GROUPE DE CONTROLE 214
TABLEAU 5.4 : VALEURS INITIALES DES INDICATEURS DU VIRAGE AMBULATOIRE EN MEDECINE DANS LE GROUPE DE TRAITEMENT ET DANS LE RESTE DE LA POPULATION OBSERVABLE 217
TABLEAU 5.5 : VALEURS EX ANTE DES INDICATEURS DU VIRAGE AMBULATOIRE EN MEDECINE DANS LE GROUPE DE TRAITEMENT ET DANS LE GROUPE DE CONTROLE 219
TABLEAU 5.6 : VALEURS EX POST DES INDICATEURS DU VIRAGE AMBULATOIRE EN MEDECINE DANS LE GROUPE DE TRAITEMENT ET DANS LE GROUPE DE CONTROLE 220
TABLEAU 5.7 : CONFIGURATIONS MANAGERIALES SUFFISANTES A LA PROGRESSION DANS LE VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE 226
TABLEAU 5.8 : CONFIGURATIONS MANAGERIALES POUVANT EXPLIQUER L'ABSENCE DE PROGRESSION DANS LE VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE 231
TABLEAU 5.9. TYPES DE CHANGEMENT EN CHIRURGIE AU CH2 ET AU CH3 232
TABLEAU 5.10 : APPARTENANCES AUX CONDITIONS OPERATIONNELLES ET PROGRESSION DANS LE VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE AU SEIN DE L'ECHANTILLON ETUDIE (EN NOMBRE DE CAS) 239

TABLEAU 5.11 : CONFIGURATIONS OPERATIONNELLES SUFFISANTES A LA PROGRESSION OU A LA REGRESSION DANS LE VIRAGE AMBULATOIRE EN CHIRURGIE 241
TABLEAU 5.12 : ÉVOLUTION COMPAREE DU TAUX DE MARGE BRUTE DANS LES GROUPES CONSOLIDES DE TRAITEMENT ET DE CONTROLE 248
TABLEAU 5.13 : STATISTIQUES DESCRIPTIVES DU PANEL D'ETABLISSEMENTS (N = 244) ET COEFFICIENTS DE CORRELATION ENTRE VARIABLES INDEPENDANTES DES MODELES 249
TABLEAU 5.14 : ESTIMATION DES PARAMETRES DES MODELES EXPLICATIFS DU TAUX DE MARGE BRUTE 250
TABLEAU 6.1 : DEMARCHE EVALUATIVE DES EFFETS DE LA REGULATION SOUPLE INTERMEDIEE 267
TABLEAU 6.2 : SYNTHESE DES PRECONISATIONS 290

Index des figures

FIGURE 1.1 : LE TRIANGLE DES INTERMEDIAIRES DE REGULATION 33
FIGURE 3.1 : CHRONOLOGIE DE LA COLLECTE DES DONNEES TEXTUELLES 116
FIGURE 3.2 : SCHEMA THEORIQUE DE FONCTIONNEMENT DE L'AUTOREGULATION 131
FIGURE 4.1. CARACTERISATION SYNTHETIQUE DES COMPOSANTES DU REGIME DE GOUVERNEMENTALITE DU PLAN TRIENNAL 162
FIGURE 4.2 : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT MACRO DU PLAN TRIENNAL 183
FIGURE 4.3 : FACTEURS CLES DU VIRAGE AMBULATOIRE CITES PAR LES EQUIPES PROJET RENCONTREES 194
FIGURE 4.4 : FREINS ET LEVIERS POUR AGIR SUR LES FACTEURS CLES DU VIRAGE AMBULATOIRE CITES PAR LES EQUIPES PROJET RENCONTREES 196
FIGURE 4.5 : USAGE DES DISPOSITIFS DE REGULATION CITES PAR LES EQUIPES PROJET RENCONTREES 199
FIGURE 4.6 : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DE L'AUTOREGULATION DANS L'ESPIC 201
FIGURE 4.7 : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DE L'AUTOREGULATION AU CHU 203
FIGURE 4.8 : SCHEMA DE FONCTIONNEMENT DE L'AUTOREGULATION AU CH 204
FIGURE 4.9 : SCHEMA GENERAL DE FONCTIONNEMENT DE L'AUTOREGULATION 205
FIGURE 5.1. DISTRIBUTIONS DES SCORES DE WILCOXON POUR L'EVOLUTION EX ANTE ET EX POST DE LA DMS 221
FIGURE 5.2 : IMPACTS DU VIRAGE AMBULATOIRE SUR LE TRAVAIL EN ETABLISSEMENTS DE SANTE CITES PAR LES PROFESSIONNELS RENCONTRES 253
FIGURE 5.3 : PERCEPTION PAR LES PROFESSIONNELS RENCONTRES DE L'IMPACT DU VIRAGE AMBULATOIRE POUR LEURS PATIENTS 256

Annexes

Table des Annexes

Annexe 1 : Grilles d'entretiens 325
Annexe 1.1 : Grille des entretiens réalisés au niveau primaire de régulation 326
Version de 2015 326
Version de 2017 327
Annexe 1.2 : Grille des entretiens réalisés au niveau secondaire de régulation 329
Annexe 1.3 : Grille des entretiens réalisés au niveau des établissements régulés 331
Version de 2016 331
Version de 2017 332
Annexe 2 : Questionnaires 334
Annexe 2.1 : Questionnaire de bilan à destination des chefs de projet opérationnels (CPO) 335
Annexe 2.2 : Questionnaires de la seconde version du Macrodiag 355
Annexe 3 : Matrice de regroupement conceptuel des appropriations régionales 363

Annexe 1 : Grilles d'entretiens

Annexe 1.1 : Grille des entretiens réalisés au niveau primaire de régulation

Version de 2015

Entretien

Date :

Fonction :

Préalable :

Explication de la démarche : je réalise une thèse dans le cadre d'une convention entre l'École des Mines de Paris et l'ANAP ; objectif : analyser le rôle d'un opérateur tel que l'ANAP dans l'accompagnement au changement des organisations hospitalières.

Plan national pour l'efficience et la performance du système de soins (dit Plan Triennal) : terrain particulièrement riche pour analyser ce rôle.

Première étape de l'enquête de terrain : rencontre et entretien avec les personnes qui ont été en charge de la conception de ce Plan et vont en assurer le suivi.

But de cet entretien : mieux connaître les objectifs attendus du Plan de la part de ses « pilotes » au niveau national, et recueillir leurs attentes vis-à-vis des différents acteurs de ce Plan, y compris et surtout l'ANAP.

Demander accord pour enregistrement.

1. ***Rôle dans la conception du Plan Triennal :***

- ***A quel moment elle-même / lui-même ou le service / la direction a-t-il / elle été sollicité/e pour la conception du Plan ?***

Notamment : comment ont été définit les blocs du Plan et les montants assignés à chaque bloc ?

2. ***Attendus vis-à-vis du Plan dans son ensemble :***

- *Quels sont les objectifs à rechercher de son point de vue ? Pour le service / la direction ?*
- *Comment ces objectifs ont-ils été définis ?*
- *Des outils d'aide à la mise en œuvre sont-ils prévus et si oui lesquels ?*
- *Un dispositif de suivi de l'atteinte des objectifs est-il prévu et si oui lequel ?*
- *Un dispositif de récompense / sanction est-il prévu en cas d'atteinte ou de non atteinte de ces objectifs ?*
- *Un dispositif de suivi de l'atteinte des impacts est-il prévu et si oui lequel ?*

3. ***Attendus vis-à-vis des acteurs du Plan :***

- *Quels rôles doit avoir selon elle / lui l'administration centrale dans ce Plan ? –peut décliner entre SG / DGOS / DSS / CNAMTS si le souhaite*
- *Quels rôles doivent avoir les ARS ? Plus spécifiquement les ROP ?*

- *Quels rôles doivent avoir selon vous les responsables de projet en établissements ?*
- *Eventuellement : Quels rôles doivent avoir les porteurs de pistes thématiques en établissements ?*
- *Quels rôles doit avoir l'ANAP ? Pourquoi a-t-on besoin de l'ANAP ?*

4. ***Autres points divers qu'elle / il souhaiterait aborder sur le Plan Triennal ?***

5. ***Eventuelles suggestion de complément de grille d'entretien ?***

6. ***Eventuelles suggestions d'autres personnes à contacter ?***

Version de 2017

Grille d'entretien

Date :

Fonction :

1. **<u>Conception du plan : objectifs et modalités de mises en œuvre</u>**

   Comment, à votre connaissance, le Plan Triennal a-t-il été conçu ? (décideurs, motivations initiales, contributeurs clés, votre rôle)

   Comment l'ANAP a-t-elle été sollicitée dans cette conception ?

   Comment le bloc Virage ambulatoire a-t-il été intégré dans cette politique publique ? Cette intégration a-t-elle été consensuelle au sein des décideurs ? Qui a décidé de cette dénomination et pourquoi ?

   Comment les cibles ont-elles été fixées ? Vous semblent-elles réalistes dans le temps imparti ou sont-elles pour vous des objectifs à plus long terme ?

   Pour vous, l'objectif de ce bloc est-il de faciliter une adaptation continue des prises en charges ou le Virage ambulatoire peut-il constituer à terme un changement radical de modèle d'organisation pour les hôpitaux et le système de santé dans son ensemble ? Pour vous, cette adaptation ou ce nouveau modèle ont-ils vocation à être généralisés ?

   Comment les dispositifs de mise en œuvre de la politique publique ont-ils été décidés ? Pourquoi ces modalités plutôt que d'autres ? Notamment, comment ont été définies les actions à réaliser par l'ANAP ***?***

2. Avis sur les premiers résultats à deux ans de mise en œuvre

Selon vous, qu'est-ce qui marche le mieux et le moins bien, et pourquoi :

a. Dans l'action de l'ANAP

b. Dans l'action des pilotes centraux du plan (Directions d'administration centrale, SG-MAS, CNAMTS)

c. Dans l'action des pilotes déconcentrés (ARS, CRAM)

Selon vous, que conviendrait-il de faire pour les établissements qui ne progressent pas sur l'ensemble des cibles ? Et pour ceux qui progressent sur certaines (par exemple le taux d'ambulatoire et la DMS) mais pas sur d'autres (les taux d'occupation) ?

3. Sur la pérennité du dispositif

Pensez-vous qu'un autre plan sera nécessaire à l'issue de celui-ci ou la transformation pourra-t-elle continuer d'elle-même ?

Si vous deviez reconcevoir demain un nouveau Plan Triennal :

a. Que feriez-vous différemment et pourquoi ?

b. Que feriez-vous à l'identique et pourquoi ?

Annexe 1.2 : Grille des entretiens réalisés au niveau secondaire de régulation

- ### Le déroulé de l'entretien

Objectifs de l'entretien : Recueillir la vision des différents acteurs sur les modalités de déploiement du dispositif d'appui ANAP sous l'angle « méthodologie » (et non des résultats) au travers des points suivants :

- Les points forts et difficultés rencontrés dans la phase de conception et de déploiement du dispositif ;
- Les enseignements et les bonnes pratiques à retenir ;
- Adapter les pratiques en cours et alimenter la réflexion au bénéfice d'autres projets à grande échelle ;
- Entretiens confidentiels sur la base de ce guide d'entretien.

Pour chacun des thèmes abordés, vous êtes invités à vous exprimer sur ce qui a facilité le déploiement et ce qui l'a compliqué.
Cet **entretien semi-directif** favorisant la libre expression des personnes interrogées est prévu pour une **durée d'1h30 environ**.

Vous êtes invités à **vous munir de la monographie régionale validée par l'ARS, et de la présentation générale du dispositif** envoyée par l'ANAP fin 2016, et de tout document de l'appui ANAP que vous jugeriez utile (note Indicateurs, support de lancement du mentorat…).

- ### Le périmètre du dispositif d'appui de l'ANAP au plan triennal

  - #### L'échantillon d'établissements retenus pour le dispositif d'appui

Echange sur le choix des établissements sanitaires (ES) retenus initialement et à date dans le dispositif d'appui ANAP.

Exemples de questions : Quels ont été le ou les critères retenus dans la désignation des établissements ? La représentativité régionale de l'échantillon vous paraît-elle satisfaisante ? Quels ont été les retours des établissements retenus ?

  - #### Le périmètre thématique retenu pour le dispositif d'appui

Echange sur la compréhension et l'appropriation des trois blocs accompagnés par l'ANAP (Masse Salariale, Virage Ambulatoire et Transport).

Exemples de questions : Le périmètre thématique de l'ANAP (3 blocs) a-t-il été bien compris par les ES ? Quel a été le niveau d'articulation avec les autres blocs du Plan Triennal ?

- ### La méthodologie choisie : Outils et volets d'appui

  - #### Les quatre outils : FDRS (feuille de route stratégique), Macrodiagnostic (V1 et V2), FDRO (feuille de route opérationnelle), remontée d'indicateurs opérationnels (note Indicateurs)

Echange sur les moyens de réalisation et de diffusion des outils, échanges autour du niveau de compréhension et d'appropriation des outils et identification d'éventuels axes d'amélioration.

Exemples de questions : Par quels moyens les outils ont-ils été diffusés ? Vous êtes-vous appropriés rapidement les outils ? A quel type de difficultés avez-vous été confrontés ? Par outil ?

- **Les quatre volets d'appui : Mentorat (sessions collectives et individuelles), Transfert de compétence (formations), Cercles (appui en région) et Animation du réseau ARS (séminaires)**

Echange sur les moyens de communication utilisés autour des modalités d'appui, du niveau de compréhension et d'appropriation et identification d'éventuels axes d'amélioration.

Exemples de questions : Les rôles et les responsabilités de chacun des intervenants étaient-ils clairement définis ? Quels ont été les retours des établissements, s'il y en a eu ? Comment vous êtes-vous appropriés ces dispositifs au niveau régional ?

• La gouvernance et l'organisation du suivi du Plan Triennal

Description des modalités de gouvernance interne à l'ARS, des liens avec l'Assurance Maladie (AM), des liens avec l'ANAP pour la mise en œuvre et le suivi du dispositif d'appui au Plan Triennal et identification d'éventuels axes d'amélioration.

Exemples de questions : Le circuit décisionnel était-il adapté/performant (éventuellement citer des cas concrets de difficultés rencontrées ou au contraire de situations ayant permis de valider l'efficacité des processus) ? Le niveau de réactivité pour ajuster le dispositif a-t-il été satisfaisant le cas échéant ? Le nombre de personnes décisionnaires dans les relations ARS-ANAP était-il suffisant ? Comment avez-vous appréhendé la place et le rôle du binôme ANAP ?

• Le pilotage du projet mis en place entre l'ANAP, ARS et AM

▪ Outillage du projet

Description des outils de pilotage utilisés (plan de management de projet, retro-planning global, suivi budgétaire, outils de communication partagés, outils de travail collaboratif, outils de reporting…) et identification d'éventuels axes d'amélioration.

Exemples de questions : Quel a été le niveau de coordination avec les autres projets (autres blocs, pilotage ARS/AM) ? La mise en œuvre de ce dispositif vous a-t-elle amené à modifier vos propres outils (CREF, appui à projet…) ?

▪ La gestion des risques projet et les réponses apportées

Echange autour de la gestion des risques et des dysfonctionnements éventuels liés au dispositif d'appui de l'ANAP (changement d'interlocuteurs éventuels, remontées d'informations…).

Exemples de questions : Quels outils ou processus de remontée des risques/dysfonctionnements ont été mis en place avec l'ANAP ? Avec les établissements ? Les réponses apportées ont-elles été satisfaisantes ?

▪ Les outils de communication

Echange autour de la politique et de la gestion de la communication par l'ANAP sur le dispositif d'appui au Plan Triennal (fréquence, format, éléments de langage, destinataires, flux d'information…).

Exemples de questions : Avez-vous eu connaissance de l'existence d'outils de communication ? Si oui, par quels moyens ? Quel est votre avis sur : La fréquence ? Le format ? Les destinataires ? Vous êtes-vous appuyés sur certains de ces outils pour votre propre communication ?

• Propos conclusifs

En guise de conclusion, pourriez-vous dire si l'appui et les outils proposés par l'ANAP vous ont permis de contribuer directement ou indirectement à :

- *L'amélioration du dialogue de gestion ;*
- *La fluidité des relations avec les ES ;*
- *La bonne compréhension des attentes autour du Plan Triennal.*

Annexe 1.3 : Grille des entretiens réalisés au niveau des établissements régulés

Version de 2016

Personne rencontrée :
Fonction :
Rôle dans le projet :
Date :
Heure :
Questions :

Comment voyez-vous votre rôle dans le projet de développement de l'ambulatoire dans votre établissement ?

Notamment, avez-vous participé à la conception de la feuille de route opérationnelle de ce projet et si oui comment (diagnostic des points d'amélioration, détermination des objectifs, des actions à mener, définition des équipes projets, etc.) ?

Ce projet a-t-il fait l'objet de débats au sein de la communauté médicale / des personnels du bloc / de l'établissement ? Si oui quels ont été les éventuels points d'attention de ces débats ? (si blocage, comment a été débloqué ?)

Par rapport à cette première version de la FDRO, avez-vous opéré des ajustements ou pensez-vous avoir à le faire au cours de la mise en œuvre ?

Quels sont les principaux problèmes auxquels vous êtes confrontés dans ce projet de développement de l'ambulatoire ?

Quels sont selon vous les éléments les plus aidants pour ce développement ?

Quels sont selon vous les personnes clés à mobiliser pour ce développement ? Comment jugez-vous utile de les mobiliser et à quel moment ?

Quelles modalités d'accompagnement de l'ANAP (outils, mentorat, cercles, autre…) avez-vous suivie(s) dans le cadre de ce projet de développement de l'ambulatoire ? Pour chacune : que vous ont elles apporté ? Qu'auriez-vous aimé de plus / de différent ?
Modalité 1 :
Apports :
Limites :
Modalité 2 :
Apports :
Limites :
Modalité 3 :
Apports :
Limites :

Plus généralement, comment souhaiteriez-vous que l'ANAP vous aide dans ce projet ?

Il y a-t-il d'autres points qui vous semblent essentiels pour le développement de l'ambulatoire dans votre établissement et que vous souhaiteriez aborder ?

Voyez-vous d'autres personnes impactées par ce projet en dehors des équipes projets ? De quelle manière ? Vous semblerait-il utile de les associer à un moment au projet ?

Version de 2017

Entretien n° X
Fonction :
Rôle dans le projet :
Date :
Heure :
Questions :

Facteurs clés du Virage ambulatoire

Qu'est-ce qui vous a le plus aidé dans la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route ?

Quels sont les principaux freins que vous avez rencontrés dans la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route ?

Comment avez-vous pu éventuellement y apporter des solutions ?

Apports externes

Qu'avez-vous jugé le plus utile dans l'appui fourni par l'ANAP pour la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route et pourquoi ?

Qu'avez-vous jugé le moins utile dans l'appui fourni par l'ANAP pour la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route et pourquoi ?

Qu'auriez-vous aimé que l'ANAP fasse pour la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route et qu'elle n'a pas fait ?

Qu'avez-vous jugé le plus utile dans l'appui fourni par l'ARS pour la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route et pourquoi ?

Qu'avez-vous jugé le moins utile dans l'appui fourni par l'ARS pour la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route et pourquoi ?

Qu'auriez-vous aimé que l'ARS fasse pour la mise en œuvre du bloc Virage ambulatoire de votre feuille de route et qu'elle n'a pas fait ?

Impacts du Virage ambulatoire (à adapter suivant le périmètre de chaque ES : médecine et / ou chirurgie)

Avez-vous pu quantifier les impacts financiers du Virage ambulatoire en chirurgie ? Si oui comment et quels sont-ils ?

Avez-vous pu quantifier les impacts financiers du Virage ambulatoire en médecine ? Si oui comment et quels sont-ils ?

Avez-vous pu évaluer les impacts du Virage ambulatoire sur la qualité de la prise en charge des patients en chirurgie ? Si oui comment et quels sont-ils ?

Avez-vous pu évaluer les impacts du Virage ambulatoire sur la qualité de la prise en charge des patients en médecine ? Si oui comment et quels sont-ils ?

Avez-vous pu évaluer les impacts du Virage ambulatoire sur les conditions de travail des professionnels de santé en chirurgie ? Si oui comment et quels sont-ils ?

Avez-vous pu évaluer les impacts du Virage ambulatoire sur les conditions de travail des professionnels de santé en médecine ? Si oui comment et quels sont-ils ?

Question(s) subsidiaire(s)

Il y a-t-il d'autres points relatifs au développement de l'ambulatoire dans votre établissement qui vous semblent essentiels et que vous souhaiteriez aborder ?

Annexe 2 : Questionnaires

Annexe 2.1 : Questionnaire de bilan à destination des chefs de projet opérationnels (CPO)

Bonjour,

Bienvenue sur ce questionnaire, qui a pour objectif de vous aider à faire le bilan de la mise en oeuvre du Plan Triennal dans votre établissement, d'un point de vue qualitatif.

Vous pouvez sauvegarder vos réponses et reprendre le renseignement à tout moment, en cliquant sur "charger un questionnaire non terminé" dans la page d'accueil.

Ce questionnaire comporte trois parties. La première concerne la conduite du changement. Elle comprend 3 axes : les acteurs impliqués, le pilotage interne, et la communication. La seconde partie est relative aux appuis externes auxquels vous avez pu avoir recours, de la part de l'ANAP (axe 1), de votre ARS ou Assurance Maladie (axe 2). Enfin, la troisième partie concerne votre fonction de CPO.

Le renseignement de ce questionnaire devrait vous prendre approximativement entre 30 et 40 minutes.

Partie A: Répondants

A1. Merci d'indiquer le nom de votre établissement*

**Pour rappel : aucune utilisation nominative des données ne sera restituée ; cette identification sert uniquement à permettre le traitement des données.*

A2. Merci d'indiquer le FINESS juridique de votre établissement

A3. Merci d'indiquer votre région

- ☐ Auvergne-Rhône-Alpes
- ☐ Bourgogne-Franche-Comté
- ☐ Bretagne
- ☐ Centre-Val de Loire
- ☐ Corse
- ☐ Grand Est
- ☐ Hauts-de-France
- ☐ Île-de-France
- ☐ Normandie
- ☐ Nouvelle-Aquitaine
- ☐ Occitanie
- ☐ Pays de la Loire
- ☐ Provence-Alpes-Côte d'Azur
- ☐ Océan Indien

A4. Qui participe au remplissage de ce questionnaire en ligne (y compris vous-même) ?

- ☐ Le CPO
- ☐ Le CPO adjoint
- ☐ Des responsables de fiches actions
- ☐ Autre

Autre

Partie B: 1ère Partie. Conduite du changement - Axe 1 Acteurs impliqués

B1. Les professionnels médicaux de votre établissement ont -ils été associés à :

- ☐ La conception de la Feuille de route opérationnelle de votre établissement
- ☐ Le suivi de la Feuille de route opérationnelle de votre établissement
- ☐ La mise en œuvre de la Feuille de route opérationnelle de votre établissement
- ☐ Aucune des propositions ci-dessus

B2. **Pensez-vous que cette association a eu un impact positif sur le dialogue entre directions et équipes médicales (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

Oui ☐

Non ☐

B3. **Les cadres de santé (ou cadres supérieurs de santé) de votre établissement ont -ils été associés à :**

La conception de la Feuille de route opérationnelle de votre établissement ☐

Le suivi de la Feuille de route opérationnelle de votre établissement ☐

La mise en œuvre de la Feuille de route opérationnelle de votre établissement ☐

Aucune des propositions ci-dessus ☐

B4. **Pensez-vous que cette association a eu un impact positif sur le dialogue entre directions et équipes soignantes (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

Oui ☐

Non ☐

B5. **Pensez-vous que l'association des équipes médicales et soignantes aux actions décrites précédemment a eu un effet positif en matière de coopération médico-soignante au sein de votre établissement (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

B6. **Les autres acteurs ci-desous sont-ils intervenus dans la conception, la mise en œuvre ou le suivi de votre feuille de route opérationnelle ? (vous pouvez, si vous le souhaitez, préciser quelle a été leur contribution dans la case commentaire correspondante).**

- ☐ Contrôleur de gestion
- ☐ Médecin DIM
- ☐ DAF
- ☐ DRH
- ☐ Directeur des Soins
- ☐ Aucun autre acteur
- ☐ Autre

Autre

B7. **Pensez-vous que l'association des acteurs mentionnés à la question précédente a durablement modifié leur rôle au sein de votre établissement (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

B8. **Quelle a été la réaction la plus fréquente des professionnels médicaux de votre établissement durant la mise en œuvre des actions liées au Virage ambulatoire ?**

- Un soutien actif ☐
- Un accord ☐
- Une réaction neutre (= ni pour ni contre) ☐
- Une résistance ☐
- Une opposition active ☐

B9. **A votre connaissance, l'exemple de professionnels médicaux de votre établissement, en soutien ou en accord avec les actions liées au Virage ambulatoire, a-t-il permis de convaincre certains de leurs confrères initialement neutres, en résistance ou en opposition (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

- Oui ☐
- Non ☐

B10. **Votre directrice ou directeur général a-t-il été amené à intervenir pour soutenir la mise en œuvre des actions de votre feuille de route opérationnelle ? Si oui, merci de préciser en commentaire comment il est intervenu.**

- Oui ☐
- Non ☐

Partie C: 1ère Partie. Conduite du changement - Axe 2. Pilotage interne

C1. **Les instances suivantes de votre établissement ont-elles donné un avis sur les actions ou objectifs liés au Virage ambulatoire dans votre établissement ? (Si oui, merci de préciser si cet avis a été : *a. Très favorable, b. Plutôt favorable, c. Neutre, d. Plutôt défavorable, e. Très défavorable* ; si non, merci de cocher "non concerné")**

	Très favorable	Plutôt favorable	Neutre	Plutôt défavorable	Très défavorable	Non concerné
Directoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
CME	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conseil de surveillance ou d'administration	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instances représentatives du personnel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aucunes des instances ci-dessus	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C2. **La participation au dispositif d'appui au Plan Triennal a-t-elle conduit à faire évoluer les outils de pilotage internes (ex: Tableaux de Bord, Comptes de résultats) utilisés dans votre établissement (en cas de réponse positive, merci de préciser en commentaire quels ont été ces évolutions) ?**

Oui ☐

Non ☐

C3. **La participation de votre établissement au dispositif d'appui au Plan Triennal a-t-elle induit des modifications en matière de contractualisation interne avec les pôles, services ou professionnels au sein de votre établissement (en cas de réponse positive, merci de préciser en commentaire quels ont été ces impacts) ?**

Oui ☐

Non ☐

C4. **La participation de votre établissement au dispositif d'appui au Plan Triennal a-t-elle conduit à la mise en place de politiques d'intéressement, individuel ou collectif, incitatives au développement de l'ambulatoire (vous pouvez, en cas de réponse positive, préciser en commentaire le montant consacré par votre établissement à cet intéressement) ?**

Oui ☐

Non ☐

Partie D: 1ère Partie. Conduite du changement - Axe 3. Communication

D1. **Le Virage ambulatoire a-t-il fait l'objet d'une communication ou d'une information large auprès des professionnels de votre établissement (au-delà des acteurs directement impliqués en axes 1 et 2) ?**

Oui ☐

Non ☐

D2. **Cette communication vous a-t-elle semblé faciliter l'adhésion des professionnels au Virage ambulatoire (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire)?**

Oui ☐

Non ☐

D3. **Le Virage ambulatoire a-t-il fait l'objet d'une campagne de communication ou d'information auprès des patients de votre établissement ?**

Oui ☐

Non ☐

D4. **Pensez-vous que cette campagne a pu faciliter l'acceptation d'une prise en charge ambulatoire par les patients (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

Oui ☐

Non ☐

Partie E: 2ème Partie. Appuis externes - Axe 1. Appuis ANAP

E1. **Pour chacune des modalités suivantes d'accompagnement de l'ANAP, merci d'indiquer si elle vous a semblé indispensable, utile, peu utile ou inutile dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire.**

1. Les outils d'aide au pilotage :

	Indispensable	Utile	Peu utile	Inutile	Outil non utilisé
Le format des feuilles de route opérationnelle	☐	☐	☐	☐	☐
Le macrodiag	☐	☐	☐	☐	☐
La remontée des indicateurs opérationnels	☐	☐	☐	☐	☐
La remontée des indicateurs d'avancement	☐	☐	☐	☐	☐

E2. **Merci de préciser en quoi ces outils ont été utiles**

E3. **Comment ces outils auraient -ils pu être plus utiles ?**

E4. **Pour chacune des modalités suivantes d'accompagnement de l'ANAP, merci d'indiquer si elle vous a semblé indispensable, utile, peu utile ou inutile dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire.**

2. Les sessions collectives de mentorat :

- Indispensable ☐
- Utile ☐
- Peu utile ☐
- Inutile ☐

E5. **Merci de préciser ce qui a été le plus utile dans cet accompagnement**

E6. **Comment cet accompagnement aurait-il pu être plus utile ?**

E7. **Pour chacune des modalités suivantes d'accompagnement de l'ANAP, merci d'indiquer si elle vous a semblé indispensable, utile, peu utile ou inutile dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire.**

3. Les sessions individuelles par téléphone :

- Indispensable ☐
- Utile ☐
- Peu utile ☐
- Inutile ☐

E8. **Merci de préciser ce qui a été le plus utile dans cet accompagnement**

E9. **Comment cet accompagnement aurait-il pu être plus utile ?**

E10. **Pour chacune des modalités suivantes d'accompagnement de l'ANAP, merci d'indiquer si elle vous a semblé indispensable, utile, peu utile ou inutile dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire.**

4. Les sessions individuelles sur site

- ☐ Indispensable
- ☐ Utile
- ☐ Peu utile
- ☐ Inutile

E11. **Merci de préciser ce qui a été le plus utile dans cet accompagnement**

E12. **Comment cet accompagnement aurait-il pu être plus utile ?**

E13. **Pour chacune des modalités suivantes d'accompagnement de l'ANAP, merci d'indiquer si elle vous a semblé indispensable, utile, peu utile ou inutile dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire.**

5. Les sessions de transferts de compétences sur les thèmes suivants :

	Indispensable	Utile	Peu utile	Inutile	Aucune personne de mon établissement n'y a assisté
Gestion des lits	☐	☐	☐	☐	☐
Transports sanitaires	☐	☐	☐	☐	☐
Aelipce	☐	☐	☐	☐	☐
Chirurgie ambulatoire	☐	☐	☐	☐	☐
Blocs opératoires	☐	☐	☐	☐	☐
Imagerie	☐	☐	☐	☐	☐
Urgences	☐	☐	☐	☐	☐

E14. **Merci de préciser ce qui a été le plus utile dans cet accompagnement**

E15. **Comment cet accompagnement aurait-il pu être plus utile ?**

E16. **Pour chacune des modalités suivantes d'accompagnement de l'ANAP, merci d'indiquer si elle vous a semblé indispensable, utile, peu utile ou inutile dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire.**

6. Les rencontres des Cercles TOVA (Transformations Organisationnelles et Virage Ambulatoire) ou Plateaux Médico-Technique sur les thèmes suivants :

	Indispensable	Utile	Peu utile	Inutile	Aucune personne de mon établissement n'y a assisté
Chirurgie ambulatoire	☐	☐	☐	☐	☐

	Indispensable	Utile	Peu utile	Inutile	Aucune personne de mon établissement n'y a assisté
Hôpitaux de jour médicaux	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion des lits	☐	☐	☐	☐	☐
Mutualisation des unités	☐	☐	☐	☐	☐
Ressources humaines	☐	☐	☐	☐	☐
Consultations externes	☐	☐	☐	☐	☐
Blocs opératoires	☐	☐	☐	☐	☐
Imagerie	☐	☐	☐	☐	☐
Urgences	☐	☐	☐	☐	☐

E17. Merci de préciser ce qui a été le plus utile dans cet accompagnement

E18. Comment cet accompagnement aurait-il pu être plus utile ?

E19. A votre connaissance, un ou plusieurs outils ou publications métiers proposés par l'ANAP (ex: Outil de diagnostic pour la gestion des lits, outil d'analyse des Blocs opératoires, Aelipce, Itinéraire Chir Ambu, autre...) ont-ils été utilisés ou réadaptés dans votre établissement au cours de la mise en œuvre de vos feuilles de route ? (si oui, merci de préciser en commentaire le(s) nom(s) de cet/s outil(s) ou publication(s))

Oui ☐

Non ☐

E20. **Pensez-vous que le recours à cet/ces outil(s) ou publication(s) a été :**

- ☐ Indispensable
- ☐ Utile
- ☐ Peu utile
- ☐ Inutile

E21. **Merci de préciser à quoi cet/ ces outil(s) ou publication(s) ont été utile(s) :**

E22. **Comment un/ des outil(s) ou publication(s) aurai(en)t pu être davantage utile(s) ?**

E23. **Pour finir sur cet axe, merci de bien vouloir classer les modalités suivantes d'accompagnement de l'ANAP, de la plus utile à la moins utile, en choisissant celles auxquelles votre établissement a eu recours.**

- ☐ Les outils ANAP d'aide au pilotage
- ☐ Les sessions collectives de mentorat
- ☐ Les sessions individuelles par téléphone
- ☐ Les sessions individuelles sur site
- ☐ Les sessions de transferts de compétences
- ☐ Les rencontres des Cercles TOVA (Transformations Organisationnelles et Virage Ambulatoire) ou Plateaux Médico-Technique (bloc, imagerie, urgence)

Les outils ou publications métiers de l'ANAP ☐

Partie F: 2ème Partie. Appuis externes - Axe 2. Appuis ARS et Assurance Maladie

F1. **Le dialogue de gestion avec votre ARS vous a-t-il aidé dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire ?**

- ☐ Enormément
- ☐ Un peu
- ☐ Très peu
- ☐ Pas du tout

F2. **Pourriez-vous préciser en quoi ce dialogue a aidé à la mise en œuvre du Virage ambulatoire ?**

F3. **Selon vous, comment ce dialogue aurait-il pu davantage vous aider dans la mise en œuvre du Virage ambulatoire ?**

F4. **Pensez-vous que votre participation au dispositif d'accompagnement du Plan Triennal a modifié le dialogue de gestion avec votre ARS (si oui, merci de préciser en commentaire de quelle manière ce dialogue a été modifié) ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

F5. **Votre établissement a-t-il reçu une aide (financière ou non financière) de la part de l'ARS en lien avec le Virage Ambulatoire (ex: appel à projets, subvention d'investissement, mise à disposition de personnel, etc.) ? Si oui, merci de préciser la nature de cette aide en commentaire.**

Oui ☐

Non ☐

F6. **Votre établissement a-t-il participé à d'autres actions conduites par votre ARS dans le cadre du Virage ambulatoire ?**

Si oui, merci de préciser quelles actions dans la zone de commentaire.

Oui ☐

Non ☐

F7. **Ces actions vous ont-elles semblé indispensables, utiles, peu utiles ou inutiles pour la mise en œuvre du Virage ambulatoire dans votre établissement ?**

Indispensables ☐

Utiles ☐

Peu utiles ☐

Inutiles ☐

F8. **Merci de préciser ce qui a été le plus utile dans cet accompagnement**

F9. **Comment cet accompagnement aurait-il pu être plus utile ?**

F10. **Votre établissement fait-il l'objet d'une des formes de suivi ci-dessous ?**

	Oui	Non
CREF	☐	☐
PRE(F)	☐	☐
COPERMO Performance	☐	☐
COPERMO Investissement	☐	☐

F11. **Pensez-vous que ce suivi a accéléré le Virage ambulatoire dans votre établissement (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

Oui ☐

Non ☐

F12. **Votre établissement a-t-il fait l'objet, entre 2015 et aujourd'hui, d'une procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) pour la chirurgie ambulatoire ?**

Oui ☐

Non ☐

F13. **Pensez-vous que cette procédure a pu inciter au développement de la chirurgie ambulatoire dans votre établissement (vous pouvez, si vous le souhaitez, expliquer votre réponse par un commentaire) ?**

Oui ☐

Non ☐

F14. **Votre établissement a-t-il fait l'objet, entre 2015 et aujourd'hui, d'un contrôle par l'Assurance Maladie de l'application de la circulaire frontière ?**

- [ ] Oui
- [ ] Non

F15. **Pensez-vous que cette procédure a pu avoir un impact sur le développement des hôpitaux de jour de médecine dans votre établissement (si oui, merci de préciser quel impact en commentaire) ?**

- [ ] Oui
- [ ] Non

Partie G: 3ème Partie. Fonction de CPO

G1. **Parmi les activités suivantes, lesquelles avez-vous été amené(e) à réaliser dans le cadre de votre fonction de CPO ?**

- [ ] Concevoir et mettre en œuvre un plan de communication
- [ ] Suivre l'avancement des actions prévues dans la feuille de route opérationnelle de votre établissement
- [ ] Rendre compte de cet avancement à la direction générale de votre établissement
- [ ] Coordonner les personnes impliquées dans la mise en œuvre de ces actions
- [ ] Rassurer les personnes impactées par la mise en œuvre de ces actions
- [ ] Recenser les besoins de formation de personnes concernées par ces changements organisationnnels

Autre ☐

Autre

G2. **Avant ou durant votre parcours professionnel, avez-vous été formé à la gestion de projet (en cas de réponse positive, vous pouvez, si vous le souhaitez, préciser le type de formation suivie en commentaires) ?**

Oui ☐

Non ☐

G3. **Aviez-vous une expérience de chefferie de projet similaire avant d'être nommé CPO (en cas de réponse positive, vous pouvez, si vous le souhaitez, décrire cette expérience en quelques mots dans la case commentaire)?**

Oui ☐

Non ☐

G4. **Votre rôle de CPO a-t-il été défini formellement par la direction générale de votre établissement, par exemple par une lettre de mission (vous pouvez, si vous le souhaitez, apporter des précisions en commentaire) ?**

Oui ☐

Non ☐

G5. **Quelle part la fonction de CPO a-t-elle occupée dans votre temps de travail total depuis votre nomination ?**

- ☐ Un cinquième ou moins d'un cinquième
- ☐ Entre un cinquième et un mi-temps
- ☐ Approximativement un mi-temps
- ☐ Entre un mi-temps et quatre-cinquième
- ☐ Un temps complet

G6. **Cette fonction a-t-elle induit pour vous une charge de travail supplémentaire par rapport à votre charge de travail antérieure ? (si vous le souhaitez, vous pouvez préciser l'estimation de cette charge en commentaire)**

- ☐ Oui
- ☐ Non

G7. **Avez-vous pu trouver au sein des équipes de votre établissement l'ensemble des référents thématiques nécessaires pour vous aider dans votre fonction de CPO (en cas de réponse négative, vous pouvez, si vous le souhaitez, préciser en commentaire comment vous avez éventuellement réussi à trouver des solutions palliatives) ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

G8. **Pour vous, que doit-il advenir de la fonction de CPO à l'issue du Plan Triennal ? (merci de bien vouloir expliquer votre choix en commentaire) ?**

- ☐ Elle doit être pérennisée en l'état
- ☐ Elle doit être maintenue mais évoluer
- ☐ Elle doit cesser à l'issue du Plan Triennal sans être renouvelée par une fonction similaire

Merci beaucoup pour votre participation.

Les résultats régionaux et nationaux de ce questionnaire vous seront restitués à l'occasion des dernières sessions collectives, afin qu'ils puissent vous être utiles dans la phase de bilan.

Annexe 2.2 : Questionnaires de la seconde version du Macrodiag

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents
Gestion des lits					
A. Visibilité de la disponibilité des lits					
A	A1	Il existe un outil de visualisation de la disponibilité des lits	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	Par outil, on entend aussi bien un SI qu'un fichier Excel	O
A	A2	La disponibilité des lits est enregistrée en temps réel et fiabilisée	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
B. Gestion centralisée et prévisionnelle des lits					
B	B1	Il existe une fonction de coordination d'aval des urgences assurée par un interlocuteur dédié au niveau des urgences	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	Par un exemple un ICAR (Infirmier de Coordination , d'Accueil et de Réseaux)	O
B	B2	Un interlocuteur ou une équipe dédiée est en charge de la recherche en lits pour l'ensemble des patients dont le séjour est programmé ou non.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	Par exemple un gestionnaire de lit	O
B	B3	La gestion des lits est mutualisée entre plusieurs unités de soins	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	un patient peut être hébergé dans un service ne relevant pas de la spécialité médicale en cas de saturation de l'unité de sa spécialité.	X
B	B4	La durée prévisionnelle de séjour est définie dès la préadmission / admission du patient pour les séjours programmés et définie dans les 48 H suivant l'entrée du patient pour les séjours non programmés	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	Préciser en commentaire si la DPS existe en chirurgie et/ou en médecine	X
B	B5	La durée prévisionnelle de séjour est actualisée tout au long du séjour	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
B	B6	Un référentiel de durées de séjour par pathologies les plus courantes est formalisé et actualisé	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
C. Programmation					
C	C1	Les règles d'hospitalisation des entrées programmées et non programmées sont formalisées et appliquées	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
C	C2	Les règles d'hébergement entre unités sont formalisées et appliquées	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
C	C3	Les pré-admissions sont réalisées de manière systématique	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
C	C4	Les séjours chirurgicaux sont programmés conjointement avec le bloc opératoire et les examens complémentaires (imagerie, explorations fonctionnelles ...)	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
D. Coordination Urgences - Services de spécialités - Médecine de ville					
D	D1	Il existe des accords / des engagements réciproques entre les services d'hospitalisation et les urgences pour fluidifier le parcours des patients en provenance des urgences (demandes d'avis spécialisés er d'hospitalisation).	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
D	D2	Les délais de prise en charge par les plateaux techniques (imagerie, explorations, laboratoires) sont formalisés par des accords/contrats	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
D	D3	Des filières par spécialité ont été définies	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	Préciser en commentaire la nature de flières (gériatrique, neurologique, polypathologique ...)	O
E. Anticipation de la sortie et gestion de l'aval (SSR, USLD, HAD, SSIAD, EHPAD...)					
E	E1	Le travail des soignants et des personnels médicaux est organisé pour que la majorité des sorties soit faite le matin	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
E	E2	Une "enveloppe de sortie" est systématiquement constituée et complétée au fil du séjour du patient	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	l'enveloppe de sortie comprend une check liste des documents à fournir en fonction des étapes de prise en charge	O
E	E3	La réfection de la chambre est planifiée dans le processus de sortie	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
E	E4	Le recours au service social est évalué et déclenché au plus tôt	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
E	E5	Une fois le besoin évalué, le passage des assistantes sociales est organisé et planifié au plus tôt pendant le séjour du patient	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		/
E	E6	Les demandes d'aval sont réalisées par TRAJECTOIRE ou par un bon de demande d'aval homogénéis	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
F. Pilotage					
F	F1	L'affectation des lits entre spécialité est revue chaque année en fonction d'évolutions tendancielles ou évolutions saisonnières de l'activité	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
F	F2	L'affectation des ressources humaines est planifiée au regard des besoins et reévalués au moins une fois par an	1;Oui 0;Non -1;Non applicable	Préciser en commentaire si les les congés du personnel médical sont connus à l'avance	X
F	F3	Des tableaux de bord évaluant la bonne occupation des lits, la mobilisation de ressources humaines et la gestion de l'aval sont diffusés et analysés par les pôles / services.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
F	F4	Les séjours longs sont suivis et analysés	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X

Notes :

X *Pratique essentielle*

O *Pratique périphérique*

/ *Questions E4 et E5 redondantes*

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents
Urgences					
A. Pilotage et régulation					
A	A1	Une infirmière ayant la fonction d'organisation de l'accueil (IOA) est présente	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
A	A2	L'IOA peut faire appel en permanence à un médecin (régulateur ou coordinateur, …)	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
A	A3	Un tableau (document, tableau mural ou écran informatique) permet un suivi en temps réel de l'avancement de la prise en charge de chaque patient; chaque étape est documentée (heure de début et de fin; activité réalisée, annulée ou reportée).	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
A	A4	L'affluence aux urgences est suivie en temps réel, des seuils sont fixés qui permettent d'ajuster les circuits de prise en charge (filières courtes, filières longues) comme les ressources engagées (maquettes organisatiponnelles, …).	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
A	A5	En fonction de l'affluence, ont été établies des maquettes organisationnelles (décrivant les compositions d'équipes nécessaires par tranche horaire, ...) pour les personnels médicaux et paramédicaux; ces maquettes font l'objet de revues au minimum une fois par an.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
A	A6	Un bilan d'activité est établi sur une base au minimum bimensuelle (tableau de bord, …). Il fait l'objet d'une discussion dans le cadre d'une réunion interne et de présentations régulières aux instances de l'établissement	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
A	A7	Un programme d'amélioration continue est en place. Il comporte un plan d'actions et des indicateurs de suivi	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
B. Accueil et orientation					
B	B1	Une grille de tri des patients arrivant aux urgences, fonction de la gravité clinique est en place (formalisée, connue de tous, appliquée au quotidien)	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
B	B2	Un protocle de prise en charge de la douleur aigüe est en place (score d'évaluation, protocole normalisé de traitement, modalités de suivi)	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
B	B3	Sur la base de la grille de tri, une réorientation est systématiquement proposée pour les patients ne relevant pas d'une prise en charge par les urgences; les modalités de ces prises en charge alternative (maison médicale, consultations spécialisées, ...) sont bien définies et convenues avec les structures concernées.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
B	B4	Le service d'urgences dispose d'un réseau actif de correspondants en région : maisons médicales de garde, correspondants SAMU, correspondants EPHAD, … qui sont sollicités pour organiser l'amont et l'aval de la prise en charge au SAI. Ce réseau se réunit au minimum une fois par an.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
B	B5	Un agent administratif est présent dans le service des urgences pour assurer les tâches d'enregistrement des patients, de renseignement, de facturation, de gestion des sorties.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
C. Prise en charge					
C	C1	Des protocoles de prises en charge sont formalisés pour certaines situations cliniques (ex. Accident Vasculaire Cérébral, corps étranger ORL, ...) et accessibles à tous sous forme de fiches techniques.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
C	C2	Le rôle des intervenants (aides soignants, infirmiers, interne, praticien sénior) est codifié (procédure, arbre de décision, …) en fonction des situations cliniques.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		O
C	C3	Il existe une procédure de transport interne (en particulier brancardage) qui définit rôles et responsabilités pour une mise à disposition 24h/24h	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
C	C4	La liste des praticiens d'astreinte pour avis spécialisé, actualisée tous les jours, est disponible.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
C	C5	Les procédures d'intervention de ces praticiens spécialisés sont codifiées (modalités d'appel, d'intervention, de suivi; engagements en termes de délais, …)	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
D. Gestion des flux					
D	D1	Examens complémentaires : sur la base d'un historique des demandes d'examen les laboratoires (radiologie, gaz du sang, …) réservent des plages prioritaires pour les patients du SAU.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
D	D2	Hospitalisation d'aval : sur la base d'un historique des passages aux urgences et des hospitalisations non programmées, des lits sont réservés chaque jour pour le SAU.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		/
D	D3	Des règles d'hébergement des patients ont été fixées et validées en CME, et les procédures relatives aux suivi des patients hospitalisés en dehors des unités de soins de destination sont fixées.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		X
D	D4	Une instance de coordination (commission d'admission non programmée, ...) réunit chaque jour les équipes du SAU et des représentants des unités d'hospitalisation pour résoudre les questions d'hospitalisation lorsque les règles d'hébergement ne peuvent être appliquées.	1;Oui 0;Non -1;Non applicable		/

Notes :

X *Pratique essentielle*

O *Pratique périphérique*

/ *La question D2 n'a pas été jugée comme une bonne pratique et la question D4 n'a pas été jugée réaliste*

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents	*Seuil de bonne pratique*
Blocs opératoires						
A. Planification opératoire						
A	A1	Les salles sont attribuées par spécialité et non par praticien	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
A	A2	Les vacations opératoires sont réallouées périodiquement suite à l'analyse des taux d'occupation par spécialité	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
A	A3	L'allocation annuelle des vacations tient compte de la saisonnalité (période de moindre activité, ou plus forte activité selon les spécialités)	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
A	A4	La planification opératoire est conçue de telle sorte qu'elle garantit un débit de patients constant sur l'ensemble des jours de la semaine.	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
B. Gestion des ressources humaines						
B	B1	Les absences des opérateurs sont connues et transmises suffisamment à l'avance pour permettre une adaptation des plannings et des ressources non médicales	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
B	B2	Le planning des équipes soignantes est élaboré de telle manière à limiter les périodes de chevauchement sur le créneau de midi	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
B	B3	Les plannings des équipes non médicales (IBODE, IADE, IDE, brancardiers, AS et ASH) sont cohérents entre eux et avec les horaires d'ouverture du bloc	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
C. Programmation opératoire						
C	C1	Les durées prévisionnelles d'intervention par acte et par chirurgien sont connues et prises en compte dans la programmation des actes	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
C	C2	Un staff de programmation est organisé à fréquence hebdomadaire	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
C	C3	Toutes les demandes d'interventions programmées sont adressées au staff de programmation a minima le jeudi ou le vendredi précédent la semaine de l'intervention.	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
C	C4	Les vacations laissées vacantes sont systématiquement redistribuées aux spécialités qui disposent d'une file active suffisante pour les remplir	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
C	C5	Les vacations laissées vacantes ne pouvant être redistribuées à d'autres spécialités, sont fermées	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
C	C6	Au sein des blocs opératoires, nous ne pratiquons pas les actes soumis à un Forfait Sécurité Environnement (actes externes)	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
D. Supervision						
D	D1	Au sein des blocs opératoires, je constate un nombre important d'annulations et/ou modifications de programme le jour de l'intervention	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
D	D2	Au sein des blocs opératoires, un régulateur est identifié quotidiennement pour arbitrer sur le programme opératoire	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
D	D3	Existe-t-il un coordonnateur médical aux blocs opératoires	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
E. Management et pilotage						
E	E1	Le conseil de bloc existe et remplit ses missions (validation et respect des règles de fonctionnement et de la planification opératoire)	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
E	E2	Le chef de bloc existe et remplit ses missions	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
E	E3	Au sein des blocs opératoires, je dispose d'un tableau de bord de pilotage me permettant de suivre à fréquence régulière les indicateurs-clés de performance	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
E	E4	Au sein des blocs opératoires, nous utilisons notre tableau de bord de pilotage comme support d'aide à la décision	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		O	
F. Performance						
F	F2	Au sein des blocs opératoires, le programme opératoire démarre à l'heure prévue	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
F	F3	Au sein des blocs opératoires, le débordement d'activité en fin de journée est limité	2;Oui 0;Non -1;Non applicable		X	
F	F4	Le taux d'ouverture des blocs opératoires est de :	2;Supérieur à 80% 1;Compris entre 60% et 80% 0; Moins de 60% -1;Je ne sais pas		X	*à 80%*
F	F5	Le taux d'occupation des salles des blocs opératoires est de :	2;Supérieur à 80% 1;Compris entre 60% et 80% 0; Moins de 60% -1;Je ne sais pas		X	*à 80%*
F	F6	Au sein des blocs opératoires, le temps inter-intervention est de :	2;Moins de 5 minutes 1;Compris entre 5 et 15 minutes 0; Plus de 15 minutes -1;Je ne sais pas	Rappel : le temps de bio-nettoyage est inclus dans le temps de l'intervention. Le temps inter-intervention est donc calculé hors bio-nettoyage	X	*si savent pas : absente ; Seuil bonne pratique : jusqu'à 15 min*

Notes :

X *Pratique essentielle*

O *Pratique périphérique*

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents	*Seuil de bonne pratique*
Chirurgie ambulatoire BIS						
A. Maturité de l'ES / communication						
A	1	Y a-t-il des tensions entre les membres de l'équipe médicale ?	3;Pas de tension relationnelle 1;Tension entre chirurgiens 0;Tension entre chirurgiens et anesthésistes	L'idée est de mesurer la complexité relationnelles des praticiens pour développer la chirurgie ambulatoire. Pour mémoire, il suffit qu'il y ait au moins un conflit entre un chirurgien et un anesthésiste pour répondre "Tension entre chirurgiens et anesthésistes"	**X**	*à 1*
A	2	Y a-t-il un praticien leader sur l'ambulatoire qui pourrait se positionner comme "chef de projet médical" pour le développement de la chirurgie ambulatoire ?	3;Oui 0;Non	L'idée est d'identifier un éventuel leader afin de s'appuyer sur celui-ci pour promouvoir la chirurgie ambulatoire auprès de ses confrères.	**X**	
A	3	L'établissement est-il prêt à investir suffisamment pour développer l'ambulatoire	3;Oui 0;Non	L'idée est de s'assurer de l'implication de l'établissement en termes financiers pour développer la chirurgie ambulatoire (ex : réorganisation du bloc opératoire, matériel de bloc, personnel, système d'informations, etc.)	**O**	
B. Ressources / Moyens						
B	1	Des problèmes d'effectifs de médecins anesthésistes sont-ils mis en avant ?	3;Pas de problème 1;Problème modéré 0;Problème majeur	La notion de "Problème modéré" n'affecte pas la pratique pérenne de l'ambulatoire La notion de "Problème majeur" a un impact négatif sur la pratique et la pérennité	**X**	*à 1*
B	2	Y a-t-il un problème d'effectif ou de planning paramédicaux ou agents au bloc opératoire ou dans l'UCA, qui limiterait le développement de l'ambulatoire ?	3;Non 2;Oui à l'UCA mais pas au bloc opératoire 1;Oui au bloc opératoire mais pas à l'UCA 0;Oui au bloc opératoire et à l'UCA	L'idée est de savoir s'il existe des problématiques d'effectifs en distinguant bloc opératoire et UCA	**O**	*à 3*
B	3	Tous les patients de chirurgie ambulatoire sont-ils hébergés dans l'UCA ?	3;Oui 0;Non	L'idée est de savoir s'il existe du forain	**/**	
B	4	Où se situe l'UCA par rapport au bloc opératoire ?	3;L'UCA touche le bloc 2;L'UCA et le bloc sont sur le même étage 1;L'UCA et le bloc sont sur deux étages différents 0;L'UCA et le bloc sont dans deux bâtiments différents	L'idée est d'identifier la proximité géographique entre bloc et UCA	**O**	*à 2*
B	5	L'accueil et l'admission des patients le jour de l'intervention se font-ils à l'UCA ?	3;Oui 0;Non	L'idée est savoir s'il existe un bureau d'admission à l'UCA	**O**	
C. Maturité du corps médical						
C	1	Y a-t-il un consensus des praticiens sur des protocoles adaptés à l'ambulatoire ?	3;Il existe des protocoles en anesthésie et en chirurgie 2;Il existe des protocoles en anesthésie mais pas en chirurgie 1;Il existe des protocoles en chirurgie mais pas en anesthésie 0;Aucun protocole ni en anesthésie, ni en chirurgie	Pour la majorité des praticiens, l'idée est savoir s'il existe une harmonisation des pratiques d'anesthésie ainsi que les même modalités de prise en charge d'un patient par les chirurgiens.	**O**	*à 2*
C	2	Les praticiens sont prêts à adapter leur organisation (consultation, vacation, etc.) pour favoriser le développement de l'ambulatoire ?	3;Oui pour la majorité 0;Non pour la majorité	L'idée est de mesurer le degré de résistance des praticiens au développement de la chirurgie ambulatoire.	**X**	
C	3	Y a-t-il encore des praticiens réticents au développement de la chirurgie ambulatoire ?	3;Non 2;Oui pour la majorité des chirurgiens 1;Oui pour la majorité des anesthésistes 0;Oui	L'idée est de mesurer le degré de résistance des praticiens au développement de la chirurgie ambulatoire.	**/**	
D. Pilotage et outils						
D	1	Le tableau de bord d'indicateurs sur l'activité ambulatoire est-il diffusée ?	3;Oui 1;Oui, il existe mais il n'est pas diffusé 0;Non, il n'existe pas	On entend par tableau de bord, tous les indicateurs utiles pour le bon fonctionnement de cette activité	**O**	
D	2	L'organisation de l'UCA est-elle pilotée par une équipe projet qui se réunit régulièrement ?	3;Oui 0;Non	L'idée est de vérifier si l'activité est pilotée	**X**	
D	3	Existe-t-il une cible connu à atteindre pour chaque spécialité ?	3;Oui, parfaitement 2;Oui, en grande partie 1;Non, peu 0;Non, pas du tout	L'idée est de mesurer le degré de responsabilité des praticiens par spécialité quant au développement de l'ambulatoire	**O**	
E. Parcours						
E	1	Les chirurgiens et les anesthésistes ont-ils à leur disposition les derniers critères d'éligibilité des patients à l'ambulatoire (SFAR 2009 ou plus récent)?	3;Oui pour la majorité 0;Non pour la majorité		**O**	
E	2	Le patient est-il informé précisément des modalités de sa prise en charge depuis la consultation ?	3;Oui par une infirmière dédiée à la consultation ambulatoire 1;Oui par une brochure explicative 0;Non		**/**	
E	3	Y a-t-il un système de préadmission des patients ?	3;Oui 0;Non		**O**	
E	4	Les patients en ambulatoire sont-ils prémédiqués ?	3;Non pour la majorité 0;Oui pour la majorité	Il s'agit de prémédication orale administrée dans l'UCA	**O**	
E	5	Est-ce que le critère "programmation ambulatoire" est intégré dans la programmation hebdomadaire du bloc ?	3;Oui 0;Non		**/**	
E	6	Un score est-il utilisé pour permettre la sortie des patients de SSPI (ex : Aldrete) ?	3;Oui 0;Non		**O**	
E	7	En règle générale, la signature des praticiens est-elle un frein à la sortie des patients de l'UCA ?	3;Non pour la majorité 0;Oui pour la majorité		**O**	
E	8	A la sortie du patient, existe-t-il des démarches spécifiques ? (appel du lendemain, questionnaire de satisfaction, etc.)	3;Oui 0;Non		**O**	
E	9	Une information à destination des professionnels de ville a-t-elle déjà été réalisée sur le domaine de la prise en charge en ambulatoire ?	3;Oui 0;Non	L'idée étant d'informer les acteurs de ville au développement de la chirurgie ambulatoire	**O**	

Notes :

X *Pratique essentielle*

O *Pratique périphérique*

/ *Questions jugées caduques*

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents	*Seuil de bonne pratique*
Transports internes - brancardage						
A. Organisation						
A	A1	Une étude a-t-elle été menée pour s'assurer de la pertinence de disposer d'une fonction de brancardage centralisée et/ou dédiée ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**X**	
A	A2	Le brancardage est-il régulé par une cellule de régulation ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
A	A3	L'activité de transport est-elle programmée ?	2;Oui, pour plus de 40 % 1;Oui, pour moins de 40 % 0;Non -1;Non concerné		**O**	*à 2*
A	A4	A-t-on une vision précise du plan de charge de l'activité de transport et des pics associés (quotidien, hebdo, mensuel, etc.) ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**X**	
A	A5	Les demandes de transports sont-elles toujours claires ? (brancard, lit, fauteuil, perf, oxygène, etc.)	2;Oui, toujours 1;Oui, la moitié du temps 0;Non pas du tout -1;Non concerné		**O**	
A	A6	Les incidents de transports sont-ils tracés pour prendre les mesures nécessaires et améliorer le processus ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
A	A7	Y-a-t-il un réajustement des ressources avec l'activité quotidienne ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
B. Qualité et gestion des risques						
B	B1	Des actions ont-elles été menées pour prévenir et corriger les douleurs provoqués par les opérations de brancardage ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
B	B2	Les règles d'hygiène propres au brancardage sont-elles connues et appliquées par les brancardiers ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**X**	
B	B3	Existe-t-il une procédure précisant les règles à respecter (respect de la bienveillance, pudeur, etc.) pour tous les transports de patients ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
B	B4	Y a-t-il eu des actions pour optimiser les risques liées au transport des patients (identitovigilance, etc.) ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**X**	
C. Management						
C	C1	Les agents sont-ils formés au moins une fois par an ? (hygiène, manutention, prise en charge, etc.)	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**X**	
C	C2	La profession de brancardier est-elle reconnue et valorisée comme activitée de soin ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
C	C3	Des réunions sont-elles organisées régulièrement pour faire le point sur la fonction Transport interne ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**X**	
C	C4	Existe-t-il un tableau de bord synthétique de l'activité affiché et partagé par tous ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
D. Relation avec les services clients						
D	D1	Existe-t-il une procédure ou une contractualisation avec les services clients du transport interne précisant les engagements réciproques (rôle, devoir, mode de fonctionnement) ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
D	D2	Connaissez-vous préciséments les attentes de chaque service et des plateaux techniques ?	2;Oui,totalement 1;Oui, partiellement 0;Non -1;Non concerné		**O**	*à 1*
D	D3	Avez-vous mis en place des indicateurs de suivi permettant de vous assurer de la satisfaction de vos clients ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
D	D4	Avez-vous des points réguliers avec vos clients pour analyser les éventuels dysfonctionnements et mettre en place les mesures nécessaires ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
D	D5	Avez-vous identifié et anticipé les services prioritaires pour adapter les plans de charge en conséquence sans que cela puisse nuire aux autres clients ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**X**	
E. Maintenance du materiel						
E	E1	Existe-t-il un processus de maintenance du matériel roulant clairement formalisé et permettant une traçabilité des opérations de maintenance ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
E	E2	Le matériel est-il étiquetté et sait-on à tout moment ou se trouve chaque équipement ? (comptage chaque soir)	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	
E	E3	Y-a-t-il un inventaire annuel du matériel ?	2;Oui 0;Non -1;Non concerné		**O**	

Notes :

X *Pratique essentielle*

O *Pratique périphérique*

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents	*Seuil de bonne pratique*
Imagerie						
A. Management et pilotage						
A	A1	Les règles de fonctionnement du service sont formalisées et portées à la connaissance de tous	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
A	A2	Au sein de mon service d'imagerie, nous disposons d'un tableau de bord de pilotage permettant de suivre à fréquence régulière les indicateurs-clés de fonctionnement du service (délais de RDV, délais de CR, …)	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
A	A3	Au sein de mon service d'imagerie, nous utilisons les indicateurs produits comme support d'aide à la décision	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
A	A4	Mon service d'imagerie est informatisé (existence d'un RIS et d'un PACS)	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
B. Gestion des ressources humaines						
B	B1	Les absences des radiologues sont planifiées et transmises suffisamment à l'avance pour ne pas perturber la programmation des RDV	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
B	B2	Le planning des manipulateurs est élaboré de telle manière à limiter les chevauchements sur la période du midi	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
B	B3	Les plannings des équipes médicales et paramédicales sont cohérents entre eux et avec les horaires d'ouverture des salles	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
B	B4	Au sein du service d'imagerie, nous disposons d'un tableau de service clair et partagé	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
C. Programmation et réalisation des examens						
C	C1	Il existe un processus défini pour l'ouverture, la fermeture ou le transfert de vacations en fonction du planning prévisionnel de présence ou d'absence des médecins	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
C	C2	Les règles de programmation prennent en compte le statut des patients (hospitalisé, externe, consultant)	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
C	C3	Le service d'imagerie est facilement joignable pour la prise de RDV	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
C	C4	Les durées moyennes d'examens sont connues et prises en compte dans la programmation. Elles sont uniformes quel que soit le radiologue	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
C	C5	Les examens sont réalisés selon des protocoles standardisés et, sauf justification particulière, systématiquement utilisés par tous les radiologues intervenant sur l'équipement	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
C	C6	Dans mon service d'imagerie, je constate un nombre important de déprogrammation ou d'annulation	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
C	C7	Il existe un processus formalisé pour la programmation des examens en urgence	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
D. Performance						
D	D1	Le délai moyen de RDV pour un patient hospitalisé sur la modalité scanner est de :	3;Inférieur à 48 heures 2;Compris entre 48 heures et 1 semaine 1; Compris entre 1 semaine et deux semaines 0;Plus de deux semaines -1;Je ne sais pas		X	*à 48h*
D	D2	Le délai moyen de RDV pour un patient hospitalisé sur la modalité IRM, est de :	3;Inférieur à 48 heures 2;Compris entre 48 heures et 1 semaine 1; Compris entre 1 semaine et deux semaines 0;Plus de deux semaines -1;Je ne sais pas		X	*à 48h*
D	D3	Le délai moyen de RDV pour un patient hospitalisé sur la modalité échographie, est de :	3;Inférieur à 48 heures 2;Compris entre 48 heures et 1 semaine 1; Compris entre 1 semaine et deux semaines 0;Plus de deux semaines -1;Je ne sais pas		X	*à 48h*
D	D4	Le délai moyen pour la réalisation du compte-rendu, pour un patient hospitalisé sur la modalité scanner est de :	3;Dans la journée 2;Dans les 48 heures 1; Entre 48 heures et 1 semaine 0;Plus d'une semaine -1;Je ne sais pas		X	*dans la journée*
D	D5	Le délai moyen pour la réalisation du compte-rendu, pour un patient hospitalisé sur la modalité IRM est de :	3;Dans la journée 2;Dans les 48 heures 1; Entre 48 heures et 1 semaine 0;Plus d'une semaine -1;Je ne sais pas		X	*dans la journée*
D	D6	Le délai moyen pour la réalisation du compte-rendu, pour un patient hospitalisé sur la modalité échographie est de :	3;Dans la journée 2;Dans les 48 heures 1; Entre 48 heures et 1 semaine 0;Plus d'une semaine -1;Je ne sais pas		X	*dans la journée*
D	D7	Au sein de mon service d'imagerie, il existe de variations importantes d'activité entre le matin et l'après-midi	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
D	D8	Au sein de mon service d'imagerie, il existe des variations importantes d'activité selon le jour de la semaine	3;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
E. Permanence des soins						
E	E1	En semaine, sur la période de la permanence des soins, je compte en moyenne, par jour, sur la modalité scanner :	3;Plus de 5 examens 1;Entre 2 et 5 examens 0;Entre 0 et 1 examen -1;Je ne sais pas	Si l'activité en PDS est dans la moyenne basse, cela suppose de mener éventuellement une réflexion sur la mutualisation de la permanence des soins.	X	*à plus de 5 examens*
E	E2	En semaine, sur la période de la permanence des soins, je compte en moyenne, par jour, sur la modalité échographie :	3;Plus de 5 examens 1;Entre 2 et 5 examens 0;Entre 0 et 1 examen -1;Je ne sais pas	Si l'activité en PDS est dans la moyenne basse, cela suppose de mener éventuellement une réflexion sur la mutualisation de la permanence des soins.	X	*à plus de 5 examens*

Notes :
X *Pratique essentielle*
O *Pratique périphérique*

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents	Seuil de bonne pratique
Consultations externes						
A. Management						
Gouvernance des consultations						
A	A1	L'établissement est doté d'une instance dédiée à la gouvernance et au pilotage des consultations (type "conseil des consultations")	4;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
A	A2	Il existe une charte ou un règlement des consultations, référence opposable en appui l'instance de gouvernance / pilotage	4;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
A	A3	Des objectifs d'activité de consultations externes ont été définis par spécialité	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*au niveau majoritaire (2)*
Pilotage des consultations						
A	A4	Un suivi de ces objectifs est réalisé au moyen d'un tableau de bord d'activité	4;Mensuellement 2;Semestriellement 1;Annuellement 0;Autre -1;Non concerné		O	*à mensuellement (2)*
A	A5	Un dialogue de gestion est réalisé à partir des données de suivi de l'activité des consultations externes	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
A	A6	Est-ce que les consultations réalisées par des personnels non médicaux (IDE,...) sont suivies ?	4;Oui 0;Non -1;Non concerné		O	
B. Etat des lieux						
Caractéristiques de l'établissement						
B	B1	Au sein de combien de points de consultations, l'activité des consultations est-elle dispersée ? (en cas de plateau unique, la réponse est "1")	4;Plateau unique de consultation 3;2 points de consultation 2;3 points de consultation 1;4 points de consultation 0;Plus de 4 points de consultations -1;Non concerné		O	*à 4 points (1)*
B	B2	Dans le cas où une activité privée de consultations externes est réalisée, comment est-elle tracée ?	4;Procédure codage établissement 2;Déclaratif praticien 0;Pas de procédure particulière -1;Non concerné		X	*à déclaratif praticien (2)*
Evolution part de marché						
B	B3	Comment évaluez-vous l'évolution globale de la part de marché des consultations externes dans votre établissement entre l'année N-2 et N-1 ?	4;Progression régulière > 3% 3;Progression comprise entre 0 et 3% 2;Stable 1;Diminution comprise entre 0 et 3% 0;Diminution régulière > 3 % -1;Non concerné		O	*à + de 3% (4)*
C. Accessibilité Patient						
Accueil téléphonique du patient						
C	C1	Le taux moyen d'appels non répondus aux consultations est calculé et fait l'objet d'un suivi	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
Accessibilité au plateau technique/hospitalisation						
C	C2	Le délai moyen d'accès à un RV d'imagerie (conventionnelle, scanner, IRM), à un rendez-vous de spécialiste ou d'hospitalisation / intervention est connu et suivi	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		O	*à majoritairement (2)*
Programmation des hospitalisations						
C	C3	Un processus d'anticipation de l'hospitalisation est formalisé dans l'établissement	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
D. Gestion médico-administrative						
Gestion du dossier patient						
D	D1	Taux de dématérialisation des dossiers de consultation des patients	4;100% 3;75% 2;50% 1;25% 0;0% -1;Non concerné		X	*à 50% (2)*
D	D2	Taux de conformité des dossiers patient (score IPAQSS)	4;Plus de 90% 3;Entre 80 et 90% 2;Entre 70 et 80% 1;Entre 60 et 70% 0;Moins de 60%		X	*à + de 90% (4)*
Dossier administratif						
	D3	Un parcours administratif spécifique aux consultations externes est mis en œuvre dans l'établissement	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à (4) toutes les spé*
Facturation						
D	D4	La facturation des consultations est réalisée au fil de l'eau	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		O	*à (4) toutes les spé*
D	D5	Taux de recouvrement des consultations extenes dans d'établissement	4;Plus de 98% 3;Entre 95 et 98% 2;Entre 90 et 95% 1;Entre 80 et 90% 0;Moins de 80% -1;Non concerné		X	*à (1) entre 80 et 90%*
Compte-Rendu						
D	D6	Part des comptes rendus envoyés au médecin traitant sous 8 jours	4;100% 3;75% 2;50% 1;25% 0;0% -1;Non concerné		X	*à (4) 100%*
Occupation des vacations						
D	D7	Le taux d'occupation des plages de vacation par spécialité est connu et suivi	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
E. Efficience opérationnelle						
E	E1	Une procédure permet de gérer les aléas (ex. annulation) et d'optimiser les plages de vacation	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
Début et fin des vacations						
E	E2	Les vacations respectent les horaires de début et de fin théoriques	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
Adéquation Ressources Humaines / Activité						
E	E3	Les allocations de ressources humaines aux consultations externes sont révisées annuellement dans le dialogue de gestion	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
F. Gestion des ressources humaines						
F	F1	L'adéquation ressources / activité est recherchée au fil de l'eau en fonction du programme de consutlations externes	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		O	*à majoritairement (2)*
Synchronisation interprofessionnelle						
F	F2	Les horaires de travail des personnels (début et fin de poste) sont en adéquation avec les horaires des vacations médicales	4;Oui, pour toutes les spécialités 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		X	*à majoritairement (2)*
Management						
F	F3	Il existe un management identifié dans l'établissement pour les personnels paramédicaux des consultations	4;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
F	F4	Il existe un management identifié dans l'établissement pour les secrétariats médicaux	4;Oui 0;Non -1;Non concerné		X	
Maturité dans la gestion des ressources humaines						
F	F5	Des annulations de consultations ont lieu car les congés médicaux ne sont pas connus suffisamment à l'avance	3;Non 2;Parfois 1;Majoritairement 0;Oui, pour toutes les spécialités -1;Non concerné		X	*à (2) parfois*
G. Efficience médico économique						
Equilibre économique						
G	G1	Le résultat de la comptabilité analytique (produit de l'activité - charges de fonctionnement) des consultations externes de l'année N-1 est	4;Positif 0;Négatif -1;Inconnu		X	*à partir de 0 (n'est pas inconnu)*

Notes :
X Pratique essentielle
O Pratique périphérique

numero_ chapitre	numero_ question	libelle_question	items_de_reponse	texte_infobulle	Avis référents
Ressources humaines					
A. Management RH effectifs / temps de travail					
Gouvernance					
A	A1	La politique RH de gestion des effectifs et du temps de travail est formalisée dans les contrats de pôle et / ou dans un projet social, un règlement ou une charte	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non	Exemple : volet social du contrat de pôle, guide du temps de travail	x
Pilotage					
A	A2	Modalités du pilotage des effectifs / tps de travail dans l'établissement	3;Mensuellement, pour suivre la courbe des écarts à l'objectif en temps réel - 2;Trimestriellement pour suivre régulièrement les évolutions 1;Annuellement, pour remplir le bilan social / CPOM et poser de nouveaux objectifs annuels 0;Annuellement, pour remplir les rubrique du bilan social / CPOM		x
A	A3	Contenu du tableau de pilotage des effectifs / tps de travail	3;Suivi masse salariale et ETP incluant toutes consommations, étayé par un dialogue de gestion régulier 2;Suivi de la masse salariale et des ETP incluant toutes les consommations 1;Suivi de la masse salariale et des ETP CDI / titulaires 0;Suivi macro de la masse salariale	Toutes les consommations RH = CDD, heures supplémentaires ou temps additionnel, intérim Dialogue de gestion : chef de pôle / management de pôle	x
A	A4	La dette sociale est provisionnnée dans votre établissement	4;Provision à 100% 3;100% > provision > 75% 2;74 % > provision > 50 % 1;< 49% 0;La dette sociale n'est ni suivie ni provisionnée	Lister ce que votre établissement inclut dans le suivi de la dette sociale (CET, H Sup/ tps additionnel, H stockées,...)	O
Acteurs du dialogue de gestion					
A	A5	Le dialogue de gestion associe un ou des représentants de la direction et le management du pôle / des services	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non -1;Non concerné		x
Vos outils de suivi des effectifs					
A	A6	Pour piloter le suivi des effectifs, vous disposez d'un outil	3;Tableau des emplois croisé avec un autre outil et mis à jour tous les mois 2;Tableau des emplois croisé avec un autre outil 1;Tableau des emplois 0;Aucun outil spécifique hormis Le logiciel de paie		O
Vos outils / modalités de suivi du temps de travail					
A	A7	Vous pilotez le temps de travail non médical grâce à	3;Un logiciel permet de suivre tous les paramètres du temps de travail 2;Un logiciel permet de suivre une partie des paramètres du temps de travail 1;Un outil "maison" permet de suivre en partie des paramètres du temps de travail 0;Pas d'outil spécifique : les cadres pilotent et vérifient pour leur service		x
A	A8	Vous pilotez le temps de travail médical grâce à	3;Un logiciel permet de suivre tous les paramètres du temps médical 2;Un logiciel permet de suivre une partie des paramètres du temps médical 1;Un outil "maison" permet de suivre en partie des paramètres du temps médical 0;Pas d'outil spécifique : les praticiens gèrent		x
Indicateurs d'activité					
A	A9	L'établissement procède régulièrement à une évaluation des indicateurs de productivité par Etp médical (indicateurs spécifiques selon les spécialités)	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non		x
B. Organisation et gestion RH effectifs / temps de travail					
Allocation des ressources					
B	B1	Des trames d'organisation sont réalisées pour les équipes médicales	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non		x
B	B2	Des maquettes organisationnelles sont réalisées pour les équipes non médicales	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non		x
Recrutement					
B	B3	Le recrutement médical est facilité par des négociations (ex. temps additionel, congés)	3;Non 2;Parfois 1;Majoritairement 0;Oui		x
B	B4	Le recrutement médical est étayé par des objectifs d'activité légitimant l'embauche d'une nouvelle ressource	3;Oui 0;Non		x
B	B5	Le recrutement non médical est étayé par une analyse de pertinence et / ou un arbre décisionnel	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non		x
GPEC					
B	B6	L'établissement a une vision à 3 ans de ses besoins en effectifs médicaux	3;Oui 0;Non		x
B	B7	L'établissement a une vision à 3 ans de ses besoins en effectifs non médicaux, notamment dans les métiers "sensibles" (ex. kiné, IADE)	3;Oui 0;Non		x
Tableaux de service / plannings					
B	B8	Pour le PM, le tableau de service prévisionnel mensuel, validé par le responsable de structure, est finalisé avant le 20 du mois précédent	3;Les tableaux de service sont tous à jour et communiqués avant le 20 du mois M-1 aux acteurs concernés (DAM, bloc, consultations,....) 2;Les tableaux de service sont à jour et transmis avant le 20 du mois M- 1 uniquement à la DAM 1;Les tableaux de service ne sont pas tous à jour, mais sont communiqués en fin de mois M à la DAM pour la paie 0;Les tableaux de service ne sont pas tous disponibles à la DAM à la fin du mois M		O
B	B9	Pour le PNM, le temps de travail est organisé sur la base de cycles de travail dès lors que le service fonctionne au moins sur 6 jours par semaine	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non		x
Formation des cadres / responsables médicaux					
B	B10	Les cadres et responsables médicaux ont été formés à la gestion des tableaux de service / plannings, au montage des roulements - cycles de travail	3;Oui 0;Non		x
B	B11	Le temps de pause repas est décompté dans l'établissement	3;Pour tous les personnels (hors forfait jours) 2;Pour tous les personnels sauf ceux de certains services ciblés 1;Uniquement pour les personnels techniques et administratifs 0;Pour aucun personnel		x
Remplacements					
B	B12	L'établissement dispose d'une procédure / d'un arbre décisionnel pour gérer les remplacements	3;Oui 0;Non		O
Synchronisation médico-non médicale					
B	B13	Il existe une concertation dans les réunions de service sur la synchronisation médico-soignante et des temps d'interface	3;Oui 2;Majoritairement 1;Parfois 0;Non		x

Notes :
X Pratique essentielle
O Pratique périphérique
Seuils de bonne pratique à 3 sauf pour la question A4 où il est à 4

Annexe 3 : Matrice de regroupement conceptuel des appropriations régionales

Note : certains sigles correspondant à des abréviations utilisées uniquement dans cette annexe n'ont pas été portés au glossaire général de la thèse car leur usage est propre à son auteur.
Merci de bien vouloir consulter la liste des sigles à la fin du tableau ci-dessous pour connaître leur signification.

	Dispositifs		
Régions	**Contractualisation réactive**	**Monitoring (normation méthodologique)**	**Accompagnement pastoral**
A	Animation du dialogue de gestion et contractualisation sur la base d'autres supports que les FDR **Contractualisation sans lien avec le dispositif de monitoring**	Validation des FDRS, analyse des FDRO et relai du Macrodiag et des IO ; beaucoup d'actions de monitoring sur d'autres blocs que le VA, analyses complémentaires sur l'ambulatoire et le capacitaire, benchmark en chirurgie ambulatoire, bloc, imagerie et consultations externes **Format de monitoring révisé régionalement**	Accompagnement sans l'ANAP selon différentes modalités : accompagnement thématique individuel, coaching collectif et échanges de bonnes pratiques ; participation à d'autres programmes nationaux **Actions similaires aux actions de l'ANAP et propres**
B	Intégration des FDR dans le dialogue de gestion ; personnalisation des objectifs sur la base du case-mix **Intégration du dispositif de monitoring dans le dialogue de gestion**	Avis sur FDRO ; analyses de la masse salariale, benchmark en ressources humaines, chirurgie ambulatoire et des IP-DMS **Dispositif utilisé pour réaliser une analyse, donner un avis**	Transferts de compétences de l'ANAP lors des SC, et actions de communication, coaching, échanges de bonnes pratiques sans l'ANAP; appels à projets et participation à d'autres programmes nationaux **Actions similaires, propres et avec l'ANAP**
C	Intégration des FDR et IO dans le dialogue de gestion **Intégration du dispositif de monitoring dans le dialogue de gestion**	FDRS co-construites avec ES, validation des FDRO ; extension du recueil des IO aux ES non « mentorés » **Dispositif co-construit**	Participation du ROP aux SC et organisation d'une journée thématique avec l'ANAP ; en sus : appels à projets, échanges de bonnes pratiques et participation à d'autres programmes nationaux ; aide de l'ANAP pour la sélection des ES à « mentorer » **Actions similaires, propres et avec l'ANAP**
D	Aucune mention de contractualisation dans le dialogue de gestion **Dialogue dissocié de la contractualisation**	Analyse des FDRO ; FDRS non transmises à l'ANAP **Dispositif utilisé pour réaliser une analyse, donner un avis**	Journées thématiques avec l'ANAP ; en sus : accompagnement thématique individuel des ES et échanges de bonnes pratiques **Actions similaires et avec l'ANAP**

Régions	Contractualisation réactive	Monitoring (normation méthodologique)	Accompagnement pastoral
E	Contractualisation en lien avec le COPERMO sur la base des FDRO **Contractualisation en lien avec dispositif de monitoring**	Validation des FDRS ; présentation à chaque ES de son potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire **Validation régionale du dispositif**	Appels à projets ; formations thématiques des équipes de l'ARS par l'ANAP (sur Hospi Diag, chirurgie ambulatoire, transports sanitaires) **Actions propres et avec l'ANAP**
F	Intégration des FDR dans le dialogue de gestion **Intégration du dispositif de monitoring dans le dialogue de gestion**	Selon l'ancienne région : analyse, validation ou avis sur FDRO ; format de FDR étendu à d'autres thématiques que le VA ; recueil des IO par l'ARS **Format de monitoring révisé régionalement**	Accompagnement sans l'ANAP : thématique individuel et outillage, échange de bonnes pratiques et appels à projets **Actions similaires aux actions de l'ANAP et propres**
G	Intégration des FDR dans le dialogue de gestion **Intégration du dispositif de monitoring dans le dialogue de gestion**	Validation des FDRS, analyse des FDRO, travail inter-ES sur les modalités de calcul des IO **Dispositif utilisé pour réaliser une analyse, donner un avis**	Journées thématiques avec l'ANAP sur les thématiques : consultations externes, synchronisation des temps médico-soignants, Hospi Diag et ressources humaines **Actions avec l'ANAP**
H	Contractualisation sur la base des FDR et d'autres supports, mais ANAP non associée au dialogue de gestion **Contractualisation en lien avec dispositif de monitoring**	Analyse des FDRS, avis sur FDRO **Dispositif utilisé pour réaliser une analyse, donner un avis**	Accompagnement sans l'ANAP : outillage thématique, échanges de bonnes pratiques et participation à d'autres programmes nationaux ; aide de l'ANAP dans la sélection des ES à « mentorer » et dans la construction d'un kit méthodologique de pilotage du projet pour les équipes de l'ARS **Actions similaires, propres et avec l'ANAP**
I	Refonte du dispositif de contractualisation sans l'ANAP suite à la fusion des ARS; pour certains ES accompagnés, les PRE ont fait office de FDRS **Contractualisation sans lien avec le dispositif de monitoring**	Selon anciennes régions : validation, co-construction ou rôle indéterminé pour les FDRS, pré-remplissage ou validation des FDRO ; diffusion des FDRS/O aux ES non mentorés, analyses complémentaires et benchmark sur la chirurgie ambulatoire **Dispositif co-construit**	Accompagnement sans l'ANAP: thématique individuel et coaching collectif ; Formations HospiDiag, analyse financière, gestion des lits et bloc opératoire assurées par l'ANAP pour les équipes de l'ARS **Actions similaires et avec l'ANAP**

Régions	Contractualisation réactive	Monitoring (normation méthodologique)	Accompagnement pastoral
J	Intégration des FDR dans la contractualisation et le dialogue de gestion ; dialogue sur la base de plans d'accompagnement individuels ; suivi par un comité de coordination **Contractualisation en lien avec dispositif de monitoring**	Validation des FDRS et des FDRO ; analyses statistiques sur les HDJ médicaux **Validation régionale du dispositif**	Journée thématique avec l'ANAP ; en sus : accompagnement thématique individuel ; mise en relation avec d'autres ARS par l'ANAP **Actions similaires et avec l'ANAP**
K	Intégration des FDR dans le dialogue de gestion, en lien avec les CREF **Contractualisation en lien avec dispositif de monitoring**	Validation des FDRS ; Benchmark bloc et UCA, audit des ES en difficultés financières **Validation régionale du dispositif**	Outillage et accompagnement thématique avec l'ANAP et sans l'ANAP ; participation à d'autres programmes nationaux **Actions propres et avec l'ANAP**
L	Difficulté à contractualiser sur des objectifs partagés avec le CHU **Dialogue dissocié de la contractualisation**	Validation FDRO **Validation régionale du dispositif**	Outillage thématique avec et sans l'ANAP, et accompagnement thématique individuel ; plan d'actions régional sur les transports et les achats **Actions similaires, propres et avec l'ANAP**
M	Liaison FDR-CREF **Contractualisation en lien avec dispositif de monitoring**	Validation des FDRS et des FDRO ; implication des fédérations dans le suivi, analyses capacitaires complémentaires **Validation régionale du dispositif**	Accompagnement sans l'ANAP : thématique individuel, échanges de bonnes pratiques, formation ; appels à projet et participation à d'autres programmes nationaux ; plan d'actions sur la pertinence des prescriptions médicamenteuses ; formations thématiques des équipes de l'ARS par l'ANAP (sur Hospi Diag, chirurgie ambulatoire, transports sanitaires) **Actions similaires, propres et avec l'ANAP**
N	Intégration des FDR, IO et de la monographie faite par l'ANAP dans le dialogue de gestion **Intégration du dispositif de monitoring dans le dialogue de gestion**	Avis sur FDRO ; benchmark en imagerie **Dispositif utilisé pour réaliser une analyse, donner un avis**	Journée thématique avec l'ANAP ; formations thématiques des équipes de l'ARS par l'ANAP (gestion des lits et adéquations capacitaires) **Actions avec l'ANAP**

Liste des sigles :

CREF : Contrat de retour à l'équilibre financier
COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
ES : Établissement de santé
FDR : Feuille de route ; FDRS : Feuille de route stratégique ; FDRO : Feuille de route opérationnelle
HDJ : Hôpital de jour
IO : Indicateur opérationnel
ROP : Responsable opérationnel de projet
PRE : Plan de retour à l'équilibre
SC : Session collective de mentorat
UCA : Unité de chirurgie ambulatoire
VA : Virage ambulatoire

RÉSUMÉ

Cette thèse traite des effets des modes de régulation faisant appel à des intermédiaires pour promouvoir des cadres souples d'organisation. Ces effets sont analysés à travers un cas d'intermédiation dans le champ sanitaire français : la participation de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) à l'axe virage ambulatoire du Plan triennal 2015-2017 de transformation du système de santé.
Ce cas est abordé à travers une approche en régimes de gouvernementalité fondée sur les travaux de Michel Foucault. L'application de cette approche au cours d'une recherche-intervention de trois ans en partenariat avec l'ANAP permet de dévoiler de manière inductive les caractéristiques spécifiques du Plan triennal en tant que régime de régulation, ainsi que le fonctionnement de ce régime à l'échelle nationale, régionale et des établissements de santé. Cette approche amène également à dépasser la seule mesure de l'efficacité de l'intermédiation pour s'intéresser à l'explication de cette efficacité et s'interroger sur son utilité par rapport aux besoins des différentes parties prenantes du système de santé.
Dans son ensemble, ce travail doctoral a des implications d'ordre méthodologique, théorique et pratique. Sur le plan méthodologique, il est proposé une démarche d'évaluation des effets des dispositifs de régulation reposant sur le changement organisationnel. Sur le plan théorique, sont identifiés trois effets de l'intermédiation – de capacitation contingente, de conjonction des véridictions et d'apprentissage alèthurgique – qui complètent les modèles existants de cette activité organisationnelle en développement. Enfin, sur le plan pratique, cette thèse suggère qu'un usage constructif de l'appareillage conceptuel foucaldien est possible en sciences de gestion et illustre cet emploi en formulant six préconisations à l'attention des acteurs de la régulation sanitaire en France, ainsi que cinq pistes de recherche pour les chercheurs qui souhaiteraient accompagner ces acteurs à l'avenir.

MOTS CLÉS

Régulation souple, intermédiaires, établissements de santé, gouvernementalité, changement organisationnel, ambulatoire

ABSTRACT

This dissertation addresses the effects of modes of regulation relying on intermediaries in order to promote soft organizational frameworks. For that purpose, I analyze a case of intermediation taking place in the French healthcare field: the participation of the National Agency for the Performance of Healthcare Facilities (NAPHF) in the outpatient shift programmed by the 2015-2017 Transformation Plan of the healthcare system.
My approach, which draws on the work of Michel Foucault, consists in examining the regime of governmentality that has been implemented in that case. Having used that inductive approach during a three-year research intervention in partnership with the NAPHF, I unveil the specific features that have enabled the regulatory regime of the Transformation Plan to operate at the national, regional and intra-hospital levels. Furthermore, that approach leads beyond measuring the efficacy of intermediation to explaining its effectiveness and to questioning its usefulness for answering the needs of the different stakeholders of the healthcare system.
As a whole, this doctoral thesis bears methodological, theoretical, and practical implications. On the methodological side, I propose a method for evaluating the effects of regulatory tools aimed at fostering organizational change. On the theoretical side, I supplement existing models for understanding intermediation by identifying three effects of that organizational activity, which is currently expanding. Those effects are namely: contingent capacity-building, conjoined truth-telling, and alethurgic learning. On the practical side, my work suggests that management scholars may use the conceptual apparatus inherited from Michel Foucault in a constructive manner. I illustrate the potential benefits of that constructive stance by providing six recommendations for improving the regulation of the French healthcare system as well as five possible orientations for researchers who are seeking to help the actors of that system in the future.

KEYWORDS

Soft regulation, intermediaries, hospitals, governmentality, organizational change, outpatient care