

Par ailleurs, une fois entrevus les types de changement, il est nécessaire dans l'évaluation de se pencher sur leurs conséquences, plus ou moins étendues, mais aussi sur leurs causes. Ces dernières peuvent être internes ou externes. Elles sont la plupart du temps multiples, et se posent à la fois comme ailleurs, mais sans doute de façon particulièrement aiguë, la question de la notion même de causalité. Toutes ces problématiques donnent lieu à d'importants débats et polémiques dans les rangs des gestionnaires.

Organisation, dispositifs et outils

Ces problèmes viennent pour l'essentiel du fait que le terme d'« organisation » s'avère lui-même extrêmement polysémique et ambigu. Il qualifie soit l'état des rapports de coordination, de coopération et de pouvoir à un moment donné, soit l'acte d'organiser. Il s'agit là de deux conceptions fort différentes. Dans le cadre de la première conception, l'organisation peut se traduire par un découpage particulier en diverses unités, des modes hiérarchiques, des processus et des instruments de pilotage. De même, les relations interindividuelles, les phénomènes de pouvoir, les relations entre les groupes ou encore les relations professionnelles entre syndicats et patronat doivent être pris en compte. Une organisation se caractérise aussi par une culture interne, c'est-à-dire par la façon dont elle se fabrique un système de représentations et de paradigmes propre, et une culture sociétale, car elle est traversée par des phénomènes culturels venant de l'extérieur. Un certain nombre d'excellentes synthèses en la matière (Desreumaux, 2005) montrent à l'envi ce caractère polymorphe.

Ces ambiguïtés sur le sens même du terme et la multiplicité des angles d'attaque possibles posent des problèmes de visibilité et d'objectivation. Il faut alors éviter le piège qui consiste à prendre pour argent comptant les discours des acteurs, dont les perceptions de l'ensemble sont souvent autant limitées que celles de l'observateur. Au sein des hôpitaux par exemple, beaucoup déclarent spontanément que la communication et le dialogue de gestion se sont améliorés avec la mise en place de la T2A. Or, des observations sur longue durée montreraient que les relations entre médecins et administratifs se sont transformées dès la mise en place du budget global dans les années 1980 et que l'opposition systématique, classiquement évoquée auparavant, a laissé la place à des rapprochements et même des connivences significatives face au régulateur. Non seulement il n'est en rien évident de spécifier laquelle de ces deux temporalités est juste, mais on peut se poser la question des conséquences tangibles d'une telle évolution, au-delà d'une pacification de rapports jugés jusque-là hostiles.

En fait, à nos yeux, il convient de quitter rapidement l'ordre du discours pour aller vers le construit. L'organisation peut être en première approximation considérée comme une collection d'artefacts, tant il est vrai que, depuis le milieu du XIX^e siècle, elle se structure à partir de deux objets essentiels, à savoir les dispositifs et les outils (Moison, 1997). De tout temps, la conduite des affaires s'est appuyée sur des dispositifs. Ceux-ci sont des arrangements construits et visibles des acteurs et des objets dans l'espace et le temps. Il s'agit donc de règles sur le temps de travail, sur la nature des tâches, de plannings de réunions, de délais, etc. S'ils ne sont pas nouveaux (ils constituent par essence l'action organisée), ils deviennent de plus en plus sophistiqués. En revanche, les outils sont apparus bien plus récemment. Ils représentent des formalisations, s'appuyant souvent sur l'édifice comptable, telles que les indicateurs, les tableaux de bord, les analyses statistiques, les modèles d'aide à la décision, etc. Ils mettent en rapport diverses variables (des quantités produites, des prix, des effectifs, des signaux de qualité, etc.) et en quelque sorte formalisent la relation entre la gestion de l'entité considérée et la performance. Tous les univers de l'activité productive (de l'industrie à la culture) se sont retrouvés rapidement envahis par ces outils de gestion.

D'une façon générale, les outils et les dispositifs permettent de :

- définir et déléguer les activités ;
- coordonner les activités ;
- évaluer les activités.

On peut considérer, en effet, qu'en première approximation l'action collective organisée se traduit tout d'abord par une répartition des activités et des rôles, qu'il faut ensuite relier entre eux par des outils et des dispositifs de coordination. En troisième lieu, afin de vérifier si l'ensemble fonctionne correctement, une évaluation est entreprise en s'appuyant, en général, sur des outils permettant la hiérarchisation et le jugement.

Ne pas se contenter des discours signifie qu'il faut d'abord s'attacher à ces deux entités dont de nombreuses observations ont montré qu'elles étaient profondément structurantes (Berry, 1983). Un changement de culture ou de relations peut être déterminant mais, alors, il s'accompagne toujours d'évolutions corrélatives dans les outils et dispositifs qui sont des médiateurs entre les acteurs et la performance et qui demeurent donc centraux dans l'analyse ; d'autant qu'une fois mis en place, ils pèseront fortement sur les actions individuelles et collectives, les orientant dans des directions parfois inattendues.

Évidemment, cette position en quelque sorte « technologique » n'épuise pas le sujet des déterminants de l'action collective. Elle est plutôt un principe de méthode qui consiste à aller d'abord vers le visible, en faisant le pari qu'en retour le travail sur les techniques gestionnaires permettra de rendre visible ce qu'elles ne laissent pas apparaître spontanément.

Le changement organisationnel

Pour autant, si l'on se contente dans un premier temps des outils et dispositifs, cela ne saurait suffire. Dans quelle mesure jouent-ils vraiment sur les fonctionnements en cause ? Il faut distinguer, en effet, quatre niveaux d'appropriation des dispositifs et des outils (Grimand, de Vaujany, 2006) :

- l'appropriation cognitive (on connaît) ;
- l'appropriation formelle (on fabrique) ;
- l'appropriation discursive (on échange à partir de...) ;
- l'appropriation réflexive (on change grâce à...).

C'est à ce dernier niveau que l'organisation commence vraiment à évoluer. L'outil et le dispositif se trouvent alors imbriqués étroitement avec l'action. Dans les autres niveaux, il n'y a qu'apparence de changement : la création instrumentale n'embraye pas réellement sur le cours de l'action.

Le problème de l'évaluation réside, alors, dans la confusion entre les niveaux : la construction d'un outil ne suffit pas à induire un changement. L'enquête est indispensable pour déterminer ce qui a été produit de nouveau quant au système d'outils et de dispositifs, mais elle doit être complétée par d'autres investigations. En effet, au niveau des organisations se mêlent croyances et simulacres sur les effets réels des artefacts que les uns ou les autres créent pour réguler l'action collective. Souvent, on croit en l'effet qui de fait est absent, car on est loin du théâtre des opérations. D'autres fois, on fait semblant d'adopter des prescriptions gestionnaires qui, n'étant pas de l'ordre du juridique, permettent un grand nombre de tactiques diverses.

Quelle est alors la nature de ces autres investigations nécessaires ?

La méthode de recherche-intervention

D'après Hatchuel (2000) toutes les méthodologies de construction des faits scientifiques peuvent se réduire à trois postures, celle du laboratoire, celle du terrain et celle de la recherche-intervention.

Au sein du laboratoire, les objets sont manipulables et confinés. Cependant, parfois, il n'est pas possible de manipuler l'objet en laboratoire. Dès lors, les études doivent être menées sur le terrain, géologique par exemple. L'objet ne peut être confiné ni manipulé, mais il peut être naturalisé, en ce sens qu'il n'est pas transformé par le regard de l'observateur. Enfin, la recherche-intervention s'applique aux objets qui ne peuvent être ni confinés, ni manipulés, ni même naturalisés. Dans ce cadre, dès lors que le chercheur l'observe, l'objet change. Il s'agit là d'une réalité qu'il se doit d'accepter.

Une autre façon de différencier les approches consiste à poser que dans le champ des sciences sociales, le prélèvement s'oppose à l'interaction. Le prélèvement, qui est de l'ordre du terrain (les mathématiques de la décision, par exemple, étant de l'ordre du laboratoire) consiste à chercher des données sur l'entité analysée et à les exploiter sans interférer avec cette dernière. L'interaction suppose par essence que les chercheurs entrent en dialogue avec les acteurs et discutent de leur vision de la situation et de leurs projets, qui, de façon variable mais systématique, se trouvent modifiés par cette rencontre.

Dans le domaine de la gestion plus particulièrement, cette interaction peut se faire et doit se faire à nos yeux autour des outils et dispositifs. Il ne s'agit donc pas, d'emblée, de modifier par exemple la culture en place mais d'accompagner une organisation qui s'est donnée pour but de changer en travaillant avec elle sur les règles et instruments concrets qu'elle compte développer. Cette posture permet, en effet, de recueillir beaucoup plus d'informations sur la réalité du changement que des entretiens (qui restent évidemment nécessaires). C'est par les réactions des acteurs à la mise en scène d'un scénario instrumental concret que le chercheur intervenant peut saisir les leviers d'une action collective renouvelée ou au contraire les obstacles susceptibles de s'y opposer. C'est ainsi, dans une sorte de boucle de retour, que sont repérés les instruments de gestion mis en place, « déjà là », éventuellement discordants par rapport à ceux que l'on souhaite implanter, mais aussi les pratiques indigènes, non régulées au sommet, par lesquelles l'action organisée se structure (Reynaud, 1998).

Les champs de force

Dans le cadre de l'interaction et de la recherche intervention, il faut savoir assumer le biais observationnel, loin de la logique des groupes témoins. Aucun test statistique ne permet d'obtenir la « vérité ». Les conclusions sont en fait fondées sur l'intime conviction du chercheur, qui se retrouve dans l'arène pour éprouver lui-même les champs de force qui traversent l'organisation et qui la mettent en tension. La pression financière, les conditions de travail, les relations avec l'environnement, l'efficacité des processus internes, la qualité des produits, etc., tous ces termes constituent l'expression d'autant de champs de force qui tirent l'action collective dans des directions différentes. À un instant donné certains dominent les autres, selon les organisations et leurs trajectoires, et cette domination confère, au moins pour un temps, une stabilité.

Mais des déséquilibres s'introduisent fatalement un jour ou l'autre, à un stade donné de l'histoire de l'organisation, et il faut alors distinguer les forces actives des forces réactives. Les premières sont celles que les acteurs souhaitent privilégier, alors que ce n'était pas le cas, et c'est à partir d'elles qu'ils construisent de nouveaux dispositifs et outils. Les forces réactives tirent les acteurs dans un sens qu'ils ne souhaitent pas forcément et opposent aux forces

actives leurs systèmes propres d'évaluation, tout comme les routines de délégation et de coordination qui leur sont associées. Le chercheur va donc essayer de décrire une rencontre entre une organisation émergente et une organisation existante, toujours résistante.

Finalement, l'intervention se recoupe très largement avec l'évaluation, en ce sens qu'elle a pour but premier de reconstituer des déséquilibres dans les champs de force et de dessiner des issues possibles vers un rééquilibrage provisoire.

Tarification à l'activité et organisation hospitalière

L'évaluation menée autour de l'impact sur l'organisation de la tarification à l'activité s'inscrit dans le cadre du dispositif général d'évaluation de la T2A piloté par la DREES. Au passage, il est remarquable que l'État s'intéresse à la question des organisations, au-delà du seul aspect des résultats, c'est-à-dire à une intermédiation essentielle entre une politique publique (on fera l'hypothèse que le modèle de financement et ce qui l'accompagne en est une) et ses impacts.

L'organisation hospitalière

Chacun sait que l'organisation hospitalière est très particulière (Mintzberg, 1982 ; Glouberman *et al.*, 2001). L'établissement de santé, dans son ensemble, vit des évolutions rapides des pratiques médicales et des équipements, mais l'organisation, elle-même, qui répond à une logique de balkanisation associée à une spécialisation et une technicisation croissantes, ne change en réalité, en quelque sorte, que quantitativement, au travers de l'accentuation continue de ces caractéristiques. Le nombre de services augmente malgré la création récente des pôles⁷, pour le secteur public, ainsi que celui des équipements sophistiqués.

Si l'on reprend les trois fonctions des dispositifs-outils, les mécanismes de délégation s'avèrent de plus en plus spécialisés. Les mécanismes de coordination restent faibles et les mécanismes d'évaluation apparaissent disjoints. Les administratifs par exemple sont aujourd'hui théoriquement évalués sur des critères économiques (alors qu'ils étaient autrefois jugés sur l'absence de tensions au sein de la structure). Les médecins sont évalués sur tout autre chose, qui relève de leur logique professionnelle (satisfaction de leurs patients, progression de leurs savoirs, développement de leur carrière, etc.).

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les outils de gestion sont demeurés quasi inexistants, et cela jusqu'à la mise en place de la T2A. En effet, seuls quatre outils, « les quatre vieux », permettaient de juger du fonctionnement d'un hôpital (le nombre d'admissions, le nombre de journées, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour). La tutelle, mais également les hospitaliers eux-mêmes ne disposaient de fait d'aucune autre vision sur l'activité d'un établissement que celle fournie par ces quatre indicateurs, qui ne distinguent pas les hospitalisations pour une greffe de foie et celles relatives à une appendicite.

Le budget global a remplacé le tarif par journée, en 1983. Il s'est avéré que le premier n'incitait pas davantage à l'efficacité que le second. Au contraire, il s'est agi d'une chape de plomb qui se traduisait par une très grande opacité et par la préservation des rentes de situation, pour certains, et au contraire par celle d'une situation précaire, pour les autres.

7. Les pôles sont des regroupements de services coordonnés par un triumvirat médecin/cadre soignant/administratif. Ils ont été créés par ordonnance en 2005, et sont réservés au secteur public.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information et la régulation « souple »

Un premier changement intervient au milieu des années 1980, avec la mise en place du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). Ce système, importé des États-Unis, permet à cette date de catégoriser les patients en 500 ensembles réputés homogènes à la fois d'un point de vue médical et d'un point de vue économique (les GHM : groupes homogènes de malades). Une étude renouvelée annuellement (l'Étude nationale des coûts) permet par ailleurs d'estimer, sur la base d'un échantillon d'hôpitaux, les coûts moyens d'un séjour dans chaque groupe homogène de malades.

L'activité n'est donc plus décrite par le simple nombre d'admissions mais par 500 nombres d'admissions différents, chacun se voyant affecter un coût moyen par patient. Dans cette logique, on peut calculer le budget théorique d'un établissement, si l'on dispose de son « *case-mix* », c'est-à-dire de son nombre d'admissions dans chaque GHM, et cela à partir de 1996. Le fait que le budget réel soit supérieur au budget théorique est censé signaler un problème d'efficience. Les agences régionales de l'hospitalisation, qui voient le jour à cette période, sont censées pénaliser les hôpitaux qui se trouvent dans cette situation et les inciter à des réorganisations. Cela dit, cette innovation dans le système régulateur n'a pas été couronnée de succès (Engel *et al.*, 2001) alors que, malgré ses imperfections nombreuses, il permettait de mettre en évidence des inégalités flagrantes sur le territoire. Ainsi, à activité identique, un hôpital pouvait se montrer trois fois moins efficace qu'un autre et par conséquent, disposer de trois fois plus de moyens.

Les causes de cet échec sont plurielles, comme d'habitude, mais l'une d'entre elles, essentielle, était que cet indicateur global (rapport entre budget théorique et budget réel), ne fournissait aucun moyen pour les hôpitaux de faire le lien avec le fonctionnement concret de l'établissement. Cet outil avait été adopté sur la base des théories économiques marginalistes (concurrence par comparaison notamment), à l'époque très en vogue. Il visait à envoyer aux producteurs de soins un signal global, en fait tellement global qu'il ne leur permettait pas de déceler les points faibles de leur organisation et restait quelque peu mystérieux.

La tarification à l'activité (T2A) et son évaluation

C'est en 2004 que la tarification à l'activité voit le jour. Un prix est fixé pour chaque groupe homogène de malades, dont le nombre ne cesse d'augmenter, pour atteindre 2 300 avec la version 11 du PMSI, mise en œuvre en 2009. C'est donc un système extrêmement complexe. Il s'appuie notamment sur des règles de codage, des catalogues de diagnostics (15 000 environ déclinés selon la nomenclature de l'OMS) et d'actes (8 000), des procédures multiples de financement (forfait au séjour, supplément à la journée pour certains types d'admission, décote du prix pour des durées de séjour atypiques, remboursement à l'euro de certains médicaments, etc.). Pour autant, le principe est clair. Les médecins le comprennent mieux que l'indicateur global précédent. Ils savent qu'ils obtiennent des recettes à l'aune de leur activité et ce système semble, en conséquence, plus incitatif. Il a aussi le mérite d'être plus proche de l'activité par essence que le précédent système. On en espère donc, non seulement un surcroît d'équité entre les établissements (rémunérés selon leur activité) mais aussi une plus grande rigueur dans la gestion, portée par des réorganisations internes.

C'est sur ce dernier thème des évolutions organisationnelles qu'une évaluation a été menée entre 2007 et 2009, par une équipe mixte de consultants (ESSOR) et de chercheurs (CGS École des mines) et sur la base d'un petit groupe d'établissements volontaires (un CHU, trois CH, deux PSPH et deux cliniques). Un échantillon si restreint et si peu représentatif peut conduire à émettre des doutes sur la véracité des conclusions. Toutefois, cette faiblesse était

compensée par l'utilisation d'autres expériences, telles que le chantier lancé par la Mission d'expertise et de l'audit hospitalier (MEAH⁹) sur la nouvelle gouvernance, ou encore les stages des élèves directeurs de l'École des hautes études en santé publique, l'EHESP (une quinzaine d'entre eux a consacré un mémoire spécial au thème des impacts organisationnels de la T2A). De plus, un travail de documentation a été mené en parallèle sur les expériences étrangères, notamment américaine. En outre, il faut savoir que le secteur hospitalier constitue un milieu extrêmement mimétique. Ainsi, une évolution se répète d'établissement en établissement. Enfin, le fait que les établissements de notre échantillon étaient volontaires, laissait entendre que ces établissements étaient porteurs de projets de changement et il devenait dès lors intéressant de voir s'ils parvenaient ou non à les concrétiser réellement. C'est ainsi que peuvent être identifiées les forces réactives (cf. ci-dessus), plutôt qu'en étudiant un hôpital passif, n'imaginant pas de transformation.

L'enquête s'est tout d'abord déclinée sous la forme d'entretiens et d'observations entre septembre 2007 et mars 2008 (ce que l'on peut appeler la phase « terrain »). Des axes de progrès potentiels ont ainsi été identifiés, comme la contractualisation entre direction et pôles, ou l'élaboration et l'utilisation des tableaux de bord médico-économiques, ou encore l'intéressement des médecins, à partir des demandes des établissements. Nous sommes, alors, entrés dans une phase d'intervention portant sur les projets ainsi identifiés, qui a duré quatorze mois et qui s'est principalement déroulée sous forme d'une participation à des groupes de travail, dans chacun des établissements.

Les effets organisationnels de la T2A

La phase « terrain » permet de constater un certain nombre de changements au niveau que nous privilégions, celui des dispositifs et des outils.

Parmi les principaux, on peut noter :

- a) des réformes profondes de la chaîne administrative liée au patient (de l'accueil à la sortie), avec pour ambition première de gérer au mieux la facturation, le but étant de récupérer aussi rapidement que possible le financement de l'assurance-maladie ;
- b) autre fait massif : de nombreux établissements ont développé des outils médico-économiques. L'outil CREA (compte de résultat analytique) par exemple est un instrument issu de la comptabilité analytique qui permet, pour chaque entité clinique (pôle, service, département...), de mettre en regard ses dépenses et ses recettes (générées par son case-mix particulier). C'est ainsi qu'il est possible de repérer les pôles bénéficiaires et les pôles déficitaires, de la même façon que la tutelle repère les hôpitaux bénéficiaires et les hôpitaux déficitaires ;
- c) au niveau des ressources humaines, apparaît une légère distorsion en faveur de la technostructure (recrutement de contrôleurs de gestion par exemple) ;
- d) la contractualisation interne se développe et se sophistique à la fois au niveau des règles et des indicateurs de résultat ;
- e) par ailleurs des infléchissements notables sont observables quant à la stratégie de l'établissement, qui visent de plus en plus à désenclaver ce dernier (partenariats, fusions, coopérations sur des équipements, etc.).

En revanche, la phase de travail en commun avec les acteurs hospitaliers (médecins, administratifs, cadres infirmiers...) a révélé de grandes difficultés à évoluer dans certaines direc-

9. Mission créée en 2003 et regroupée, depuis cette année, avec deux autres entités du système régulateur pour constituer l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux).

tions, pourtant unanimement souhaitées et *a priori* cohérentes avec le nouveau mode de financement.

Deux constatations peuvent être faites à ce titre : tout d'abord, si les outils de type CREA sont pléthoriques, rares sont ceux qui s'en servent véritablement, sauf dans certaines situations extrêmes où ils permettent d'alimenter un argumentaire vis-à-vis de pôles ou de services en déséquilibre fort (et déjà connu) entre ressources et activités. De même, on se rend compte que les documents décrivant les contrats deviennent particulièrement épais et fournis en outils d'évaluation, mais que les résultats en termes d'amélioration de l'efficacité, ou aussi de la qualité, sont lents à se concrétiser.

Par ailleurs, si l'on revient au plus près de l'activité, on constate que très peu d'avancées sont faites quant à l'analyse fine des parcours des malades, de l'organisation du travail des professionnels, des processus de soins, malgré la conviction des acteurs (et des chercheurs) que c'est à ce niveau que se situent les enjeux les plus importants en termes de performance.

Au final, les évolutions internes apparaissent peu spectaculaires, mais une sortie par le haut est souvent programmée, au travers d'une alliance avec d'autres établissements. Cette même conclusion a été relevée aux États-Unis, où la mise en place d'un dispositif analogue (le PPS, *prospective payment system*, mis en œuvre dès 1983) a conduit à une vaste réorganisation au niveau des institutions (fusions, absorptions, réseaux, etc.) sans grand changement visible sur les processus de soins eux-mêmes (Bazzoli *et al.*, 2004). Contrairement aux attentes et visées du régulateur qui pensait qu'une meilleure coordination serait induite à partir d'un système de financement très détaillé, proche de l'activité, pour surmonter la balkanisation actuelle, l'organisation du travail (horaires, effectifs, modes de coordination, gestion du parcours du patient, etc.) n'a que peu évolué.

La T2A n'atteint pas le cœur de l'activité

Au final, il semblerait que la tarification à l'activité n'atteigne pas le cœur de l'activité. Cet incitatif économique est à l'origine d'un « stress gestionnaire » qui s'avère d'un apport limité dans la résolution des problèmes organisationnels structurels du secteur.

Quelles sont les causes d'un tel phénomène ?

Existent tout d'abord des difficultés et des problèmes qui ressortent du système de financement lui-même. Les professionnels, même animés de la meilleure volonté, finissent par se décourager devant la complexité des outils comme le CREA et l'instabilité des informations qui permettent de le construire, et aussi d'en comprendre les résultats. La tarification à l'activité, qui se fonde sur des milliers de règles, est en effet en perpétuelle évolution, la plupart du temps d'ailleurs pour des raisons parfaitement légitimes (amélioration des classifications médicales, innovations technologiques à prendre en charge au niveau du financement, correction du tarif de telle ou telle activité manifestement mal rémunérée dans le dispositif actuel, etc.), état de fait qui ne facilite pas l'usage interne des instruments qui en sont dérivés.

Une raison plus déterminante (et qui continuerait à peser sur le cours des choses si le système de financement se stabilisait) nous semble devoir résider dans ce que l'on peut appeler l'organisation spontanée d'un établissement de santé, quel qu'il soit (hôpital public, ou participant au service public, ou clinique, etc.), c'est-à-dire l'organisation qui résulterait, sans volontarisme transformateur particulier, de la nature de l'activité et des caractéristiques communes des opérateurs qui la prennent en charge. Cette organisation est considérée par les spécialistes de la gestion comme la plus complexe qui soit, car, d'une part, elle est hautement professionnalisée, d'autre part, elle exige, pour fonctionner sans trop de drames, un haut niveau de coordination, dans l'acceptation la plus simple et la plus technique de ce terme,

à savoir, la gestion des rendez-vous entre les différentes entités participant à la production des soins (Moison, 2008).

Reprenons ces deux points (professionnalisation et coordination) :

- a) au niveau de l'activité de base (la séquence de soins et de prestations à mettre en place pour chaque patient, pris un à un) l'asymétrie d'information entre le management et les professionnels est importante, compte tenu de la nature des savoirs en cause ;
- b) la balkanisation inhérente à cette professionnalisation joue à l'encontre de moyens de coordination simples.

Ainsi, les trajectoires des malades, qui sont décidées par les professionnels eux-mêmes, mobilisent souvent plusieurs dizaines d'acteurs, aux métiers et aux enjeux très différents. Ceux-ci sont focalisés sur le patient et sur la prestation qu'ils lui offrent, et non sur la trajectoire d'ensemble de ce dernier. Le malade et son état restent au centre de leur activité et il est impossible de le leur reprocher, car toute leur formation et leur légitimité reposent sur cette focalisation. Cette dernière caractéristique distingue fortement l'établissement de santé d'autres organisations professionnelles (comme la recherche), où les besoins de coordination ne sont pas aussi intenses.

Mais cela veut dire qu'au total, dans cet atelier très particulier que constitue l'établissement de santé, il n'existe ni service de méthodes ni service d'ordonnancement, si l'on cherche la comparaison avec un système de production industriel. Or, un centre hospitalier moyen gère chaque année plusieurs dizaines de milliers de trajectoires qui sont, par nature, incertaines. Il convient d'ajouter que les résultats en termes de santé restent peu mesurables, malgré un certain nombre d'avancées en la matière, et que les référentiels liant le niveau d'activité à celui des ressources (humaines notamment) sont encore rares, ce qui limite la possibilité de types de gestion associés aux systèmes complexes (par les résultats par exemple).

Concrètement, l'organisation s'appuie sur des règles professionnelles, des conventions plus ou moins partagées et beaucoup d'ajustement mutuel, qui pousse les acteurs à continuellement négocier entre eux, et sur n'importe quoi : les délais, les ordres de passage, les prescriptions elles-mêmes, etc. À ce niveau de l'organisation, il n'est même plus possible de parler d'asymétrie de l'information, dans la mesure où les médecins n'en savent pas plus que les administratifs sur la façon de configurer les processus en cause afin d'assurer à la fois qualité, efficacité, conditions de travail convenables (car l'ajustement mutuel, à qui l'on peut conférer un statut « ressources humaines » plus noble que la supervision directe, par exemple, peut avoir sur ce dernier point des inconvénients évidents : surcharge mentale, épuisement...). Il vaudrait, donc, mieux parler de « symétrie de non-information ».

Comment pourrait se décliner, en interne, la T2A pour aboutir à une structuration qui aille dans le sens d'une performance améliorée ? Il semble que la granularité de l'outil, même avec 2 300 groupes de patients homogènes, n'est pas assez fine pour prendre en compte la diversité et l'incertitude qui pèsent sur les trajectoires de patients. En d'autres termes, le passage du résultat d'un CREA à ces dernières constitue un saut qui n'est en rien évident, mais cela signifie, alors, que cet outil ne peut pas constituer un outil de pilotage au niveau d'un pôle ou d'un service.

Les quelques efforts qui vont dans ce sens, se passent en fait des outils de la T2A, et se fondent sur des considérations pragmatiques, mais il convient de souligner combien ils sont difficiles, et que le découragement saisit souvent les acteurs locaux devant le défi d'avoir à coordonner des milliers de processus intriqués et aléatoires, et donc de gérer convenablement la « singularité à grande échelle » (Minvielle, 1996).

Ambiguïté du dialogue de gestion et création d'une fonction « organisateur »

Doit-on en conclure que la T2A est inopérante, ne donnant pas les moyens de s'attaquer à ce qui résiste profondément au cœur du métier, source de la performance, et qu'il faut (encore) passer à d'autres formes de régulation ? Ce n'est, sans doute, pas si simple.

Pour revenir au début de cet exposé et à la problématique de l'évolution des comportements, certes difficilement objectivable comme je l'ai dit, il semble malgré tout que la T2A soit bien à l'origine d'une proximité plus grande entre médecins et administratifs, surtout dans les établissements privés, où très souvent cette relation n'existait qu'à un état embryonnaire. De plus, une culture gestionnaire paraît réellement émerger au niveau des professionnels, comme le montrent les efforts d'un certain nombre de responsables de pôle ou présidents de commission médicale d'établissement (CME) que nous avons rencontrés. Il est, donc, à peu près certain que la T2A a entraîné une déformation des champs de jugement vers l'économique. Certes, d'après les constatations précédentes, elle aurait pour le moment plus de répercussions sur les représentations des acteurs que sur les modes concrets par lesquels ils s'organisent, mais rien n'interdit d'imaginer qu'à terme, ce basculement des perceptions n'embraye pas sur des effets concrets.

De son côté, le régulateur a pleinement conscience des inégalités de ressources entre les établissements et de l'existence de poches de sous-productivité dans le système hospitalier. Face à ces constats, il lui est difficile de renoncer à toute forme d'inscription gestionnaire dans les fonctionnements en cause, c'est-à-dire d'une prise effective de l'ensemble des dimensions de la performance par les opérateurs principaux des processus de soins. Compte tenu des immobilismes constatés avant l'avènement de la T2A, cette inscription ne peut se passer d'un incitatif économique, et d'une certaine façon les faits lui donnent raison au niveau des représentations des acteurs quant au souhaitable. Mais l'évaluation que nous avons effectuée, signifie essentiellement que cet ingrédient seul ne suffit pas si l'on veut que ce dialogue de gestion se traduise dans des organisations renouvelées.

Il nous semble que, parallèlement, l'organisation des processus de travail doit être prise en charge à la base, peut-être en créant des postes d'organiseurs ou en confiant cette mission à des médecins. La forme que cela pourrait prendre, demeure de toute façon peu claire pour l'instant. Cependant, des expériences qui ont été menées ici ou là, notamment dans le cadre de la MEAH (mission d'expertise et d'audit hospitalier), ont fait progresser les choses et montré et dessiné une méthode générale (MEAH *et al.*, 2008). Malgré la complexité de l'activité, et par l'intermédiaire d'un travail fin sur les processus mené en coopération avec les professionnels eux-mêmes, des dispositifs ont ainsi pu être modifiés, grâce à une coordination plus étroite, prenant mieux en compte les trajectoires de patients ; des durées de séjour ont diminué, ainsi que des délais de rendez-vous, des conditions de travail se sont améliorées, etc. De tels résultats ne sont reproductibles cependant qu'au niveau local, tant le système est complexe, et pose clairement les problèmes de capitalisation et de généralisation, mais il reste clair que si l'on veut progresser dans cette voie de l'inscription gestionnaire, le mouvement doit également partir de la base plutôt que de s'appuyer uniquement sur des principes de type *top-down*, comme ceux du financement des structures. Telle est, en tout cas, notre intime conviction, à l'issue de cette évaluation-intervention, dont on voit qu'elle ne fait pas qu'évaluer, mais qu'elle tente également, peut-être de façon aventureuse, d'imaginer les modalités d'une autre dynamique de changement. Parce qu'éprouver les champs de force de la situation, en compagnie des acteurs eux-mêmes, c'est aussi se donner les moyens d'y générer des impulsions, même légères, et d'expérimenter ainsi de nouveaux équilibres.

L'approche monographique

Hélène Genin (Euréval)

A lors que les séances précédentes de ce séminaire ont laissé une large place à l'approche quantitative, cet exposé s'arrêtera sur l'approche qualitative et sur un outil de collecte de données : l'étude de cas. Il s'appuiera sur l'exemple de l'évaluation des plans régionaux de santé publique. Une partie du questionnement de cette évaluation portait en effet sur l'appropriation des plans régionaux par les acteurs, de santé publique en particulier au niveau infra-régional.

S'approprier une politique publique

Politique et programme

Il est important de distinguer politique publique et programme public.

Cette dernière notion s'applique à un ensemble restreint d'objectifs censés faire sens pour les acteurs qui les ont conçus, pour ceux qui vont les mettre en œuvre ou ceux qui vont en bénéficier. Leurs objectifs ne font pas nécessairement débat. Par exemple, la réduction de la mortalité prématurée ne soulève aucune opposition. En revanche, lorsqu'un débat est soulevé autour de la légitimité du programme, les questions d'appropriation par les acteurs peuvent véritablement poser problème.

Un programme public se caractérise par des moyens humains, techniques, organisationnels et financiers dédiés, de même que par une temporalité limitée. L'approche retenue peut être au choix partenarial ou non. Dans le cas des plans régionaux de santé publique, la démarche relève pour une large part du partenariat. Ces plans sont pilotés par des groupements de santé publique dans lesquels les collectivités territoriales sont pleinement parties prenantes. Enfin, un programme est territorialisé. Les différentes collectivités qui composent le territoire vont alors participer chacune à leur niveau à la mise au point et à la réalisation du programme.

Une politique est un ensemble de programmes et s'inscrit dans un temps long. Il est donc plus difficile de se l'approprier. Une politique se caractérise par de nombreux changements. Le changement organisationnel n'est qu'une facette de ceux-ci, même s'il est souvent la

condition permettant d'atteindre des objectifs. Concernant les plans régionaux de santé, le cabinet Euréval est intervenu en Bretagne et en région Centre. Il intervient en ce moment en Bourgogne et en région Rhône-Alpes.

L'appropriation

Le terme d'appropriation renvoie à l'expression « faire sien », sur la base d'un système propre de valeurs et de représentations. Celles-ci diffèrent d'un acteur à l'autre, qu'il s'agisse d'un porteur de projet associatif qui mobilise des bénévoles ou d'un porteur de projet professionnalisé.

S'approprier implique en tout premier lieu de connaître. Dans le cas des plans régionaux de santé publique, il est plus simple de connaître leur contenu lorsque l'on a été associé à leur élaboration. Les stratégies de communication autour du plan vont cependant permettre aux acteurs de prendre connaissance de ce contenu. Souvent, en matière de communication, les intentions sont louables, mais les réalisations se limitent à un simple site Internet et quelques séminaires (encadré 1).

Ensuite, il faut que les acteurs comprennent le contenu et l'esprit du plan, qui rassemble généralement des objectifs de nature très différente. Certains peuvent être qualifiés d'objectifs de politique publique, en ce sens qu'ils ciblent des publics bien particuliers. D'autres, bien plus transversaux, relèvent en réalité plutôt de l'observation et du suivi des plans.

L'appropriation consiste aussi à utiliser les différents leviers d'action du programme. Les porteurs de projet peuvent s'appuyer sur les modalités du plan pour rechercher des subventions. Les animateurs territoriaux de santé peuvent s'en servir pour diffuser les objectifs régionaux et les réinjecter dans les initiatives locales. En effet, l'un des grands enjeux de l'élaboration de ces plans réside dans la mise en cohérence et le décloisonnement des interventions dans le secteur sanitaire, médico-social et social.

Le partage et la critique constituent le dernier stade de l'appropriation. La critique, même lorsque le contenu n'a pas été vraiment compris, s'apparente en effet à une forme d'appropriation, dans la mesure où elle met en jeu une distanciation par rapport aux pratiques propres. Elle permet d'alimenter la réflexion, d'apporter de nouvelles connaissances, de mettre en débat son interprétation propre et de contribuer à l'atteinte des objectifs plus généraux. Du point de vue de l'élu, certains objectifs nécessitent une communication plus douce que celle que propose le plan. Par exemple, les actions de prévention du suicide sont présentées en Bretagne comme un travail sur le lien social et le mieux-être.

L'appropriation des politiques publiques peut être feinte. Ce type d'attitudes se retrouve souvent chez les porteurs de projets, qui vont essayer de rentrer autant que possible dans les cadres. Ils vont bâtir des argumentaires autour des objectifs régionaux de santé publique. La vigilance doit donc être de mise et souvent il est nécessaire d'aller au-delà des simples discours, qui visent, de manière légitime, à collecter des fonds pour mettre en place ses interventions.

Il n'existe aucun indicateur d'appropriation. Celle-ci relève d'éléments de processus et l'approche quantitative est rarement la plus appropriée. Or cette notion détermine pour une large part les résultats d'une politique publique.

ENCADRÉ 1

L'appropriation des objectifs

Faire sien des objectifs – valeurs, représentations –, cela suppose de :

Connaître

Comprendre

Utiliser-décliner

Partager-critiquer

Alimenter (débat), contribuer (terrain)

L'évaluation des plans régionaux de santé publique

Les plans régionaux de santé s'appuient tout autant sur des appels à projet que sur des conventionnements. Les porteurs de projet, telles les associations, disposent d'une autonomie certaine. Cette autonomie se trouve tout de même limitée par l'existence du plan. En effet, c'est au titre de la mise en œuvre de la politique régionale et de sa cohérence qu'ont été choisis les porteurs de projets. Ainsi, s'instaure une tension permanente entre l'individualisation de la politique par les structures porteuses et la mise en cohérence de celle-ci. Il est important de voir dans quelle mesure ces acteurs sont à même de faire évoluer une politique.

Une évaluation des plans régionaux de santé publique a été entreprise à mi-parcours, conformément aux dispositions contenues dans la loi de santé publique de 2004, soit l'an dernier, puisqu'ils ont été lancés en 2006 pour quatre ans. Dans l'esprit du législateur, ces plans devaient marquer une avancée en matière de régionalisation de la politique de santé. Des enjeux de décloisonnement et de mise en cohérence des acteurs avaient été mis en évidence au moment de leur adoption. La complexité réside dans la multiplicité des champs et des intervenants sur le terrain, qui est une constante dans le domaine de la santé publique.

Les évaluations ont été cadrées au niveau national, sur la base d'un cahier des charges articulé autour de deux grandes questions. La première concernait la conception des plans, leur structuration et leur cohérence. Ceux que nous avons étudiés s'apparentent véritablement à des catalogues d'actions plutôt qu'à de véritables plans structurés. La deuxième question avait trait à la performance. En l'occurrence, l'évaluation porte plutôt sur les effets en termes de dynamique régionale plutôt que sur les impacts sur la population, qui fera l'objet d'une évaluation au terme du plan. Ainsi, c'est la problématique de l'appropriation qui se retrouve au cœur de l'étude au cours de cette première évaluation. Dans quelle mesure l'ensemble des acteurs (institutionnels, porteurs de projets, élus et représentants des usagers) ont-ils fait de ce plan un document de référence ? À ce propos, il faut noter que les plans associaient étroitement les représentants des usagers, au travers des conférences régionales de santé. Les partenariats, les modalités de travail et l'adéquation des actions financées avec les objectifs se retrouvent de fait également au cœur du dispositif d'évaluation.

**Évaluer l'appropriation :
l'apport d'une démarche qualitative par l'étude de cas*****Une enquête quantitative auprès des porteurs de projets***

Quels outils déployer pour mesurer l'appropriation ? Il serait vain d'opposer en la matière approche qualitative et approche quantitative. Ainsi, le dispositif retenu associe ces deux approches. Les évaluateurs du plan régional de santé publique de Bretagne ont essayé de

recueillir l'avis des porteurs de projets, qu'ils aient été retenus ou non. Une enquête en ligne très large a été lancée, afin de mesurer leur connaissance du plan régional, leur ressenti sur sa pertinence et l'utilisation qu'ils en faisaient. Étaient aussi évaluées par ces acteurs, dans le cadre de ce questionnaire, l'élaboration, la structuration et la lisibilité du plan. La deuxième partie était consacrée à la façon dont les porteurs avaient structuré leur projet, comment ils l'avaient financé, hors et à l'intérieur du plan. Le questionnaire s'attachait aussi sur les partenariats.

Au final, cette enquête a permis d'établir une photographie des perceptions, dessinant des tendances, notamment sur le niveau de connaissance du plan. L'approche ne visait pas à détecter d'éventuelles évolutions dans le temps, mais se concentrait sur l'aspect déclaratif. Des limites apparaissent dès lors de manière évidente. Ceux qui ont répondu à l'enquête sont bien évidemment les plus avertis et ce constat introduit un certain biais. Par ailleurs, deux questions ont permis de mettre à jour des incohérences. La première portait sur l'impact incitatif du plan régional en termes de partenariat. La très grande majorité des acteurs a répondu de manière positive. Cependant, une autre question visait à lister les partenariats noués par ces acteurs dans le cadre de ce plan. Or les réponses à celle-ci demeuraient peu nombreuses. Ce manque de cohérence nous a démontré qu'il était impossible de se contenter d'une enquête quantitative pour évaluer l'appropriation. Toutefois, le recours à cette technique n'est pas inutile, dans la mesure où nous avons obtenu des précisions sur la manière dont les personnes avaient pris connaissance du plan et ce qu'elles en comprenaient. Cette première approche a donc été complétée par une seconde, à savoir une série d'études de cas. C'est cet aspect intégré dans nos propositions qui nous a d'ailleurs permis de faire la différence avec nos concurrents.

Complétée par des études de cas

L'étude de cas a pour but de vérifier comment sont déclinés concrètement les objectifs régionaux de santé sur les territoires. En effet, il est impossible de comprendre les processus de changement sans étude de terrain. L'intervention publique est structurée par des chaînes logiques. Ainsi, un faisceau de causes va produire un effet déterminé. L'enquête ne permet que faiblement de cerner ces mécanismes. Bien conçue, l'étude de cas permet de mettre à jour ces processus.

Selon les définitions des chercheurs américains, l'étude de cas se résume en l'observation d'un phénomène dans sa réalité et sa complexité (Yin). Concrètement, elle consiste à analyser une entité comme un tout dans son contexte. Nous avons retenu l'échelle du département comme la plus pertinente. Par ailleurs, au lieu d'observer l'intégralité du plan régional, nous nous sommes focalisés sur certains programmes particuliers : comme par exemple, la prévention du suicide dans les Côtes-d'Armor ; la lutte contre les addictions dans le département du Morbihan ; ou encore la prise en charge des maladies cardio-vasculaires dans le département du Finistère.

Chaque programme présente un statut différent. Certains avaient déjà fait l'objet de développement au niveau régional, tandis que d'autres n'étaient rien d'autre que la déclinaison au niveau régional de programmes nationaux. L'ensemble de ces variables a été intégré à l'étude.

Méthodologie

L'étude de cas procède d'une analyse holistique, s'appuyant sur un processus holographique. Nous espérons que l'analyse d'une partie nous permettra d'entrevoir l'ensemble. Il s'agit d'un objectif très ambitieux. Si le cas est mal sélectionné, il risque d'être difficile d'approfon-

dir l'analyse. L'étude de cas reste par essence empirique. Elle passe par l'analyse des données existantes. L'un des points forts de cette approche réside dans son aspect exhaustif, aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif. Tous les points de vue des acteurs légitimes sont recueillis. Du côté des concepteurs, sont interrogés les référents thématiques du département concerné et les porteurs de projet, qu'ils dépendent des Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) ou d'associations. Du côté des gestionnaires, sont interrogées l'Assurance maladie, l'Éducation nationale et les Directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP).

Le but d'une telle étude réside avant tout dans le recoupement de l'ensemble des observations dans différents cadres. Elle a pour ambition de mettre en lumière les éléments structurants, permettant de comprendre les dynamiques à l'œuvre et les processus mis en place.

L'étude de cas peut porter sur une organisation, un groupe d'individus, voire un individu unique. Il peut aussi s'agir de partenariats, sachant qu'un tel dispositif n'est pas aisé à cerner. Les groupes et les réseaux peuvent aussi faire l'objet d'études de cas, de même que les projets. C'est ce dernier cas que nous avons retenu, puisque nous avons décidé d'analyser des programmes.

La méthode d'analyse se décline en plusieurs étapes.

La première consiste en la sélection des cas. Celle-ci ne relevait pas d'une démarche fermée, en chambre. Au contraire, les choix ont été réalisés avec l'instance qui commandite l'évaluation, dans la mesure où il s'agit d'un groupe ressource, qui a connaissance à la fois des bonnes pratiques et des zones d'ombre dans les programmes. Parfois, cependant, les premières idées de cette instance ne se vérifient pas au cours de l'étude. Différentes variables sont croisées pour sélectionner les bons cas. Il est souvent préférable de s'adresser aux volontaires, qui veulent faire valoir certaines réalisations, faute de quoi les résistances sont trop importantes et les apports plus limités. De fait, ce sont ainsi souvent les éléments les meilleurs ou plutôt performants qui sont sélectionnés. Cette première étape s'avère cruciale, car elle conditionne le reste de l'étude.

La seconde correspond à la phase d'enquête proprement dite. L'enquête a pris la forme d'entretiens individuels ou de groupe, croisés avec un travail d'analyse documentaire. Sur cette base est rédigée une monographie. Robert K. Yin propose de structurer cette phase autour de deux étapes. Il estime que celui qui est en charge de la collecte de l'information n'est pas nécessairement le mieux placé pour rédiger la monographie. Il est vrai que cette première tâche risque de faire perdre une certaine distance au chercheur, qui parfois tend à entrer dans le jeu des acteurs. La monographie n'a pas pour ambition de produire un jugement, mais d'alimenter le jugement. Elle ne conclut pas, mais se contente d'apporter des constats.

Les apports des études de cas

Les études de cas ne sont pas déconnectées des questions de l'évaluation. Bien au contraire, elles permettent d'approcher une ou plusieurs problématiques. En croisant les critères, il est possible de réinjecter des éléments dans l'évaluation, ce qui constitue l'étape finale de cette démarche.

Cette méthode présente plusieurs points forts. Le premier réside dans le fait qu'elle permet de décrire les processus et de cerner les complexités qu'il serait impossible de mettre au jour sans cela. Par exemple, nous sommes allés interroger les porteurs des projets sur la manière dont le plan les incitait vraiment à nouer des partenariats et sur les freins qu'ils ont pu rencontrer dans leur ambition éventuelle. Parfois, les raisons n'avaient rien à voir avec le plan lui-même, mais tenaient à de simples conflits d'acteurs (encadré 2).

De plus, cette méthode aide à rendre compte de la réalité de la dynamique d'une organisation. Elle permet notamment de laisser s'exprimer des acteurs rarement interrogés. Dans le cas particulier du programme VIH et maladies infectieuses dans le Finistère, l'association Aides avait répondu au questionnaire, mais les personnes qui ont été rencontrées n'étaient pas les mêmes que celles qui avaient rédigé les réponses. Il s'agissait de bénévoles, qui disposaient d'une vision originale. Nous avons pu constater que le plan régional demeurait pour eux complètement abstrait, fort loin de leurs préoccupations. Seule la représentation régionale de l'association s'était véritablement investie sur ce sujet.

L'étude de cas alimente les rapports d'évaluation, met à jour des éléments concrets et permet d'identifier les logiques sous-jacentes de l'intervention qui ne sont pas explicitées *a priori*. Souvent, des hypothèses sont formulées avant même l'étude de cas, mais elles ne peuvent être véritablement étayées. Lorsque des éléments inattendus transparaissent, il est important de vérifier si les autres études de cas permettent de dégager une tendance similaire. Enfin, cette méthode permet de combiner trois éléments, à savoir la dimension managériale de l'évaluation, sa dimension cognitive et sa dimension pluraliste. La première met en évidence la place des acteurs dans les processus. La seconde est évidente. Toute étude participe en effet à l'accumulation des connaissances. La troisième trouve sa source dans le fait que l'étude de cas permet de recueillir l'ensemble des points de vue, en intégrant ceux qui bénéficient de l'intervention, en l'occurrence les porteurs des projets, subventionnés pour mettre en œuvre des actions à destination de publics spécifiques.

ENCADRÉ 2

Forces de l'outil

L'étude de cas :

Donne un aperçu des processus et des complexités qui sont impossibles à découvrir autrement

Rend compte de la réalité de la dynamique d'une organisation

Interroge des acteurs peu entendus (ex. : les bénévoles associatifs)

Fournit des exemples concrets, du réalisme

Permet d'identifier des logiques sous-jacentes de l'intervention

Leurs limites

Toutefois, comme tout outil, l'étude de cas présente des limites, assorties de difficultés pour sa mise en œuvre sur le plan pratique. En tout premier lieu, la généralisation peut s'avérer difficile. Il est difficile de s'appuyer sur des observations pour aboutir à une généralisation dans un champ où les acteurs se montrent particulièrement innovants. Le nombre restreint de cas étudiés rend cette étape d'autant plus complexe. De plus, il faut bien admettre que cet outil n'intervient qu'en complément d'études plus poussées et d'entretiens exploratoires.

Par ailleurs, l'étude de cas impose une tension entre une posture exploratoire, qui exclut dans la mesure du possible les *a priori*, et une posture confirmatoire. Souvent, l'étude de cas a vocation à confirmer les premiers résultats qui se dégagent de l'enquête. Cependant, il faut noter que certaines études de cas peuvent avoir une vocation purement exploratoire. Dans le cas des plans régionaux de santé publique, c'est une approche confirmatoire qui avait été retenue, tout en conservant un esprit aussi ouvert que possible.

Enfin, les biais inhérents à cette approche sont les mêmes que ceux généralement cités pour la conduite d'entretiens, notamment le biais d'empathie et la tentation qui pousse un chercheur à entendre ce qu'il a envie d'entendre. Seul le professionnalisme permet de les corriger. La rédaction de la monographie impose de conserver une certaine distance par rapport aux propos collectés.

Conclusion

En conclusion, je souligne que cet exposé se concentrait sur l'appropriation des objectifs des politiques publiques. Il aurait été possible de se pencher aussi sur l'appropriation des résultats de l'évaluation. La question renvoie à la définition des acteurs, la notion et la place des bénéficiaires. Dans le cas particulier des plans régionaux de santé publique, il fallait s'interroger sur la place des usagers dans l'appropriation et la conception des objectifs de santé publique. Se posaient en l'occurrence des questions autour des approches participatives, de leur finalité et de leurs résultats. Pour y répondre, une approche qualitative semblait indispensable.

SYNTHÈSE DES DÉBATS AVEC LA SALLE

Limites de l'intervention du chercheur

Question de la salle

Le terme même de recherche-intervention fait intervenir l'idée d'une participation active. Le chercheur n'est pas un simple observateur, mais il interfère avec les objets de la recherche. Quelle règle suit-il pour limiter son intervention de sorte à ce qu'elle ne se substitue pas aux démarches initiées par les objets observés ? Cette interrogation prend une importance particulière dans le cadre des projets de changement portés par un nombre restreint d'acteurs passifs ou réfractaires.

Réponse de M. Moisdon

Il est impossible de se dissocier entièrement de l'action des personnes observées. Dans de nombreux cas, le chercheur influe directement sur l'objet étudié. Dans d'autres, cette influence est limitée voire nulle. Dès lors, nous estimons que notre intervention n'a pas vraiment fonctionné.

Tout de même, certains dispositifs permettent de saisir l'impact du chercheur sur l'objet étudié. Ce dernier n'intervient pas pour présenter sa propre solution. Il s'inscrit dans un processus de changement préexistant et accompagne les acteurs dans leur plan. Il concourt à sa réalisation, qu'il l'estime ou non adaptée.

De plus, il existe plusieurs garde-fous méthodologiques. Le principal réside dans le nombre de chercheurs impliqués dans une même intervention. Jamais un chercheur n'intervient seul. Dans le cas de la tarification à l'activité, ce sont quatre chercheurs qui travaillaient ensemble. Cela permet de confronter les points de vue, car généralement les lectures d'un même événement diffèrent d'une personne à l'autre. Ainsi, un contrôle mutuel s'instaure. L'implication se gère de manière collective. Des réunions sont organisées à intervalle régulier pour évoquer les recherches menées par les autres. Les chercheurs s'interrogent entre eux pour recadrer leur activité et émettre des doutes sur les actions entreprises. Une gestion fine se met ainsi en place.

Pour autant, il n'est pas simple de ne pas s'impliquer au beau milieu du travail des autres acteurs. Cependant, ce n'est pas l'intervention en elle-même qui s'avère intéressante, mais uniquement ce qu'elle révèle de l'organisation. Les chercheurs ressentent en effet directement la force réactive.

Dans le cas d'un groupe pétrolier qui avait sollicité notre assistance, le modèle théorique choisi s'avérait particulièrement sophistiqué et supposait une organisation complètement intégrée dans laquelle les acteurs dialoguent en permanence les uns avec les autres. Or le groupe présentait une organisation en râtelier classique, qui freinait considérablement la mise en place du modèle cible. De fait, ces obstacles révélaient la nature réelle de l'organisation, au-delà des discours officiels très maîtrisés. Nous avons ainsi mis en évidence un cloisonnement extraordinaire et une activité bureaucratique prégnante. Nous avons exposé aux responsables les conclusions de notre étude. Ils les ont acceptées. Pour autant, ils n'ont jamais su corriger l'organisation pour mettre en place le modèle.

Effets des interventions dans la durée

Question de la salle

Je me demandais si, dans le cadre de vos actions de recherche-intervention, il vous arrivait de pratiquer des évaluations à terme, un an ou deux ans après la fin de votre intervention. Comment vous assurez-vous de l'acculturation et de la mise en place effective ? Comment pouvez-vous être certains qu'un élément nouveau résiste à l'épreuve du temps ?

Réponse de M. Moisdon

Cette question est assez cruelle, car, de manière générale, nous ne sommes pas vraiment bons dans ce domaine. Parfois, nous ne prenons pas le temps d'observer ce qui reste à terme d'une intervention.

Nous l'avons cependant fait sur le dossier des hôpitaux. Nous avons, dans une large mesure, participé à la construction des PMSI. À l'origine, étant mathématicien de formation, je travaillais sur l'élaboration de modèles pour ces structures. Ces créations étaient accueillies avec un véritable enthousiasme et, au final, les résultats étaient quasi nuls. Nous nous sommes alors aperçus qu'il manquait un aspect incitatif majeur. Lorsque Jean de Kervasdoué a importé l'idée du PMSI des États-Unis pour l'adapter à la France, nous avons accouru. Par la suite, nous avons vu les problèmes se multiplier.

Dans le cas de Renault, nous avons travaillé 12 ans sur le processus de conception des voitures. Nos apports sont en l'occurrence importants. Les dirigeants de Renault étaient persuadés de l'existence d'un cloisonnement excessif au niveau des techniciens. Nous leur avons démontré au contraire l'existence d'un véritable dialogue à ce niveau. En réalité, c'étaient les savoirs techniques qui posaient problème.

D'autres interventions s'avèrent beaucoup plus problématiques. Ainsi, je ne suis pas certain des résultats obtenus au travers de notre intervention auprès des Caisses d'allocations familiales. Nous avons travaillé sur le contrôle de gestion sans grand succès. Nous sommes prêts à reconnaître que, sur certaines interventions, il aurait été nécessaire de procéder à une évaluation à terme, que nous n'avons pas menée.

Légitimité de l'intervention

Question de la salle

Il est évident que l'on n'observe pas sans intervenir. Cependant, se pose la question de la légitimité de l'intervention. À quel titre et dans quelle mesure un intervenant extérieur peut-il intervenir ? Dans le domaine de l'action sociale, le recours à des monographies est très fréquent. Je pense qu'il convient alors de s'intéresser à la fois aux domaines où des réalisations importantes ont été identifiées mais aussi et surtout à ceux où des échecs retentissants ont été enregistrés. Même si le travail de terrain est plus complexe dans le deuxième cas, il permet de mettre en évidence des éléments très intéressants.

Réponse de Mme Genin

Nous n'avons pas véritablement poussé l'analyse sur les postures exploratoires. Lorsque les processus et les hypothèses demeurent mal assurés, il est très intéressant d'utiliser

une monographie. Dans le cadre d'évaluations sur des durées très limitées, nous allons à l'essentiel, à savoir les exemples les plus efficaces. Il est plus simple d'obtenir des résultats ainsi. Cependant, si nous disposions d'un temps plus long pour mener nos études, nous nous pencherions sur des échecs patents pour enrichir nos conclusions. Dans ce cadre, la recherche-intervention représente une méthode particulièrement opportune.

Réponse de M. Moisdon

Il faut bien souligner le fait que nous ne démarchons jamais les organisations. Nous ne faisons que répondre à leurs demandes. Nous disposons avant toute chose d'une légitimité technique. La gestion s'appuie sur des indicateurs, une comptabilité analytique et générale et des modèles. Nous pouvons faire valoir des compétences fortes en la matière. Nous nous présentons dès lors comme des techniciens qui entreprennent une interaction instrumentée.

Face à un projet, nous proposons des indicateurs de suivi. Nous avons accumulé une masse de connaissances importante, au travers notamment de lectures savantes. Cependant, nous avons des lacunes réelles dans certains domaines comme le marketing. Au-delà, nous ne nous contentons pas d'établir des tableaux de bord. Nous observons leurs effets, indésirables notamment. Les entreprises nous connaissent pour notre capacité à analyser en profondeur les grilles de gestion.

Intervenir, c'est toujours intervenir sur la vie des autres. Sur la base de ce constat, il faut prendre position. Si nous acceptons la mission, nous devons en peser toutes les conséquences.

Différence entre instrument et politique publique

Question de la salle

Je n'ai pas l'impression qu'il soit possible de comparer la tarification à l'activité à une politique publique. En effet, une politique publique vise un effet sur les bénéficiaires, à savoir les usagers de l'hôpital. La tarification à l'activité s'apparente davantage pour moi à une stratégie.

Réponse de M. Moisdon

Nous ne nous sommes pas demandés si la tarification à l'activité relevait véritablement d'une politique publique. Pour nous, il s'agit tout simplement d'un objet fascinant qui rentre pleinement dans le cadre de nos investigations. Peut-être s'agit-il d'un monstre plutôt que d'une politique publique. En tout état de cause, je me demande si la tarification à l'activité rentre dans le cadre d'une politique publique. Tout un discours vise en effet à la rattacher à une politique publique liée au *public management*.

Nous considérons les instruments tels qu'ils sont, en ne négligeant pas le fait qu'ils interagissent avec d'autres éléments. Dans le cas de la tarification à l'activité, nous pourrions citer la nouvelle gouvernance. Parfois, il est difficile de distinguer les effets de chacun. Dans le domaine de la contractualisation interne, en revanche, il semblerait que la nouvelle gouvernance influe plus directement que la tarification à l'activité.

Pour nous, la notion de bénéficiaire constitue un élément abstrait. Nous nous intéressons avant tout aux médiations gestionnaires. Nous nous sentons totalement incompétents

pour évaluer l'impact d'un tel outil sur les bénéficiaires. La méthode de la recherche-intervention n'aurait aucun sens dans ce cadre, pour lequel il est nécessaire de mettre en œuvre des méthodes plus classiques.

Réponse de Mme Genin

Selon moi, la tarification à l'activité ne relève pas d'une politique publique, ni même d'un programme. Il s'agit d'un outil ou d'un instrument imposé au service d'une politique plus globale.

Comment articuler évaluation d'une politique publique et évaluation d'une organisation ? Les approches et les objets diffèrent, selon moi. Une politique publique produit des changements sur les bénéficiaires mais aussi sur les opérateurs. Son évaluation est génératrice de changement et remet du sens dans l'intervention. Les acteurs sont en effet amenés à s'interroger sur leurs postures. Dans ce cadre, apparaît un lien direct avec l'organisation.

Exhaustivité des données dans le cadre de l'étude de cas

Question de la salle

Je suis très intéressée par cette méthode qui consiste à concentrer son regard sur quelques objets pour traduire des tendances plus larges. Cependant, je m'interroge sur la question de l'exhaustivité des données recueillies dans le cadre de l'étude de cas.

Réponse de Mme Genin

Concernant l'exhaustivité des données, je tiens à préciser que le champ de notre analyse ne portait pas sur les résultats épidémiologiques auprès des publics. L'intérêt de l'approche quantitative s'avérait donc particulièrement limité dans ce contexte. Nous avons cependant évalué le nombre de partenariats et leur durée. Dans d'autres situations, notamment les études de cas sur les entreprises bénéficiaires de financements publics, une approche quantitative plus large s'impose pour mieux cerner les phénomènes et les résultats. Tout dépend en réalité de l'objet étudié. Nous visons l'exhaustivité pour comprendre tous les aspects qui influent sur un domaine particulier. Cependant, pouvons-nous réellement prétendre à l'exhaustivité ?

Il est envisageable de commencer par les études de cas, afin d'élaborer ensuite un questionnaire. Cependant, cela aurait signifié que les études de cas avaient une vocation essentiellement exploratoire. Ainsi, nous aurions cherché uniquement à confirmer des hypothèses qui seraient apparues dans le cadre des études de cas. Une telle approche aurait été en l'occurrence certainement moins riche.

Il est inutile de lancer une enquête lorsque l'on connaît mal le public à qui elle s'adresse. Grâce à nos entretiens avec les concepteurs des plans et les référents thématiques des programmes, nous disposons d'une bonne connaissance des porteurs de projets.

BIBLIOGRAPHIE

- Bazzoli G., Dynan L., Burns L., Yap C.**, 2004, « Two decades of organizational change in Health care : What have we learned ? », *Medical Care Research and Review*, vol. 61, n° 3, p. 247-331.
- Berry M.**, 1983, *Une technologie invisible*, Paris, École polytechnique.
- Desremeaux A.**, 2005, *Théorie des organisations*, Paris, Éditions EMS.
- Engel F., Kletz F., Moisdon J.-C., Tonneau D.**, 2001, *La démarche gestionnaire à l'hôpital, t. II, le PMSI*, Paris, Seli Arslan.
- Glouberman S., Mintzberg H.**, 2001, « Managing the Care of Health and the Cure of Disease », *Health Care Manage Review*, p. 56-86.
- Grimand A., de Vaujany F.-X.**, 2006, « Repères pour un management de l'appropriation des outils de gestion », in **Lièvre P., Lecoutre M., Traoré M.** (dir.), *Management de projet*, Éditions Hermès.
- Hatchuel A.**, 2000, « Research, intervention, and the production in knowledge », in *Cow up a tree* (collectif), Éditions INRA.
- Meah et centre des gestion scientifique de l'École des Mines de Paris**, 2008, *Organisation hospitalière, approche et expériences*, Berger Levrault.
- Minvielle E.**, 1996, *Gérer la singularité à grande échelle. Comment maîtriser les trajectoires de patients à l'hôpital ?*, thèse de doctorat de l'École polytechnique, Paris.
- Mintzberg H.**, 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation.
- Moisdon J.-C.**, 1997, *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli Arslan.
- Moisdon J.-C.**, 2006, *La recherche intervention : de la prescription à l'énigme*, Intervention et savoirs, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris
- Moisdon J.-C.**, 2008, « Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? », *Processus et Organisation des Soins*, vol. 39, n° 3, p. 175-181.
- Lenay O., Moisdon J.-C.**, 2003, « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité : trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 131-141.
- Reynaud J.-D.**, 1998, *Les règles du jeu*, Paris, Armand Colin.
- Yin R. K.**, 1984, *Case study research : Design and methods*. Newbury Park, CA, Sage.

ASSOCIER LES USAGERS ET LES CITOYENS

La quatrième séance du séminaire sur les méthodes d'évaluation de politiques publiques s'est intéressée à la prise en compte du point de vue des bénéficiaires dans l'évaluation des politiques publiques.

– Deux économistes, Francine Fenet et Audrey Daniel, du Pôle politiques publiques et prospective de la ville de Nantes, ont dans un premier temps fait part des expériences d'évaluation conduites à Nantes en mettant l'accent sur la façon dont les besoins et les attentes des populations y ont été intégrés.

– Dans un deuxième temps, Sylvain Ortis, chargé de mission en évaluation des politiques publiques au conseil régional Rhône-Alpes, a présenté les pratiques de la région concernant l'association des bénéficiaires et des citoyens au processus d'évaluation.

Ces deux interventions ont été suivies d'un débat avec la salle.

L'importance de la prise en compte des besoins et attentes de la population dans les évaluations

Francine Fenet et Audrey Daniel (ville de Nantes)

Contexte, orientations et partis pris depuis 2004

L'évaluation s'est retrouvée au cœur du projet managérial « Nantes s'engage », visant à faire évoluer le pilotage et les pratiques de l'action publique. Plutôt qu'une évolution des pratiques professionnelles, ce projet managérial avait pour but de prendre en compte de manière plus précise des besoins et attentes des Nantais sur l'ensemble du champ de compétence de la Ville (18 politiques publiques depuis la petite enfance, jusqu'aux personnes âgées en passant par la politique culturelle). Toutes les politiques y sont décrites, en reprenant le contexte, les finalités, les plans d'actions et orientations stratégiques. Il s'agit donc d'un cadre précieux pour référencer les démarches d'évaluation des politiques publiques.

Dans sa lettre de mission au directeur général des services, le maire de Nantes demandait plus de visibilité sur les résultats et effets des actions menées. Ces démarches devaient s'inscrire dans le cadre d'une nouvelle gouvernance locale, à même d'éclairer les arbitrages politiques dans le but de corriger et d'améliorer les actions, les services et les prestations. Ainsi, un accent tout particulier a été mis sur les préconisations et leurs mises en œuvre.

L'évaluation au sein de la municipalité : une démarche volontariste, interne, pilotée et animée par la Mission « évaluation »

La charge de l'évaluation a été confiée à un groupe constitué d'un service dédié (la Mission évaluation) et de personnes ressources dans différentes directions municipales. Le parti pris était de développer et d'accompagner des démarches d'évaluation à visée démocratique, telles que les qualifie l'Association des départements de France en 2008. Ces travaux s'inscrivent d'ailleurs dans le droit fil de ceux menés autour de la performance et de la qualité pour la démocratie locale.

Ainsi, c'est une démarche volontariste qui s'est mise en place en interne, tant la Mission évaluation demeure présente dans l'accompagnement du processus. L'animation du dispositif demeure en effet à sa charge. Le recours à des prestataires extérieurs est centré sur la collecte de données et la réalisation d'enquêtes. Chaque année est défini un programme de tra-

vail présenté en Bureau municipal. Ce sont les domaines stratégiques à forts enjeux en termes de besoins et d'attentes qui sont privilégiés ; ou encore des services ou des politiques autour desquels des faiblesses ont été repérées. Par exemple, la politique à l'égard des personnes âgées se concentrait jusqu'à récemment quasi exclusivement sur le placement en établissement, alors que les Nantais réclamaient des actions fortes en faveur du maintien des personnes âgées à domicile. Il a fallu alors redéfinir la politique de la Ville dans ce sens. Un questionnement auprès des personnes âgées a mis notamment en évidence des problématiques d'isolement et d'adaptabilité des logements. Sur ces points, la Ville demeure en première ligne et particulièrement pertinente dans ses interventions.

La Mission évaluation demeure proche des directions municipales dans le processus d'accompagnement. Un lien étroit est maintenu en parallèle avec les élus, comme cela est souvent le cas au niveau local. Le processus est par essence pluraliste et essaie de croiser dans la mesure du possible les points de vue des professionnels et des usagers. Le Comité opérationnel de l'évaluation auquel est adossée la Mission permet de conserver une certaine distance par rapport aux évaluations menées, aux méthodes et à la formulation de préconisations, malgré le positionnement de la Mission au cœur même des services de la Ville. Le processus s'avère au final assez fructueux. Les acteurs s'approprient désormais de manière collective la démarche d'évaluation des politiques publiques.

La méthodologie retenue

Du point de vue méthodologique, la démarche d'évaluation cherche à capitaliser de manière systématique les connaissances existantes, produites par les grandes enquêtes de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) au niveau national, mais aussi par la région et le département. La ville de Nantes observe ainsi les pratiques sur le reste du territoire français, avant d'engager ses propres investigations. Au-delà de ce travail de synthèse documentaire, une personnalité experte du sujet, généralement un chercheur, est associée aux travaux afin de resituer les politiques publiques de la Ville dans un contexte plus global.

Ensuite, les services essaient dans la mesure du possible de recenser l'ensemble des effets induits par les politiques publiques. L'enquête s'appuie en général sur différents volets complémentaires qui permettent de saisir la réalité dans sa complexité. Par ailleurs, nos services ne sont pas attachés à une technique d'évaluation particulière. Toutes les méthodes (enquêtes quantitatives, qualitatives, analyse cartographique, diagnostics et modélisations) sont explorées et il est fait appel à diverses disciplines scientifiques qui peuvent apporter un éclairage sur les politiques évaluées, en fonction des questions qui se posent. Des disciplines voisines de l'évaluation peuvent être appelées en renfort, à l'image des outils de gestion.

Parallèlement, nous réinterrogeons les publics cibles sur leurs besoins et leurs attentes. Ces données étant rarement disponibles, il nous faut les produire nous-mêmes. De plus, des évolutions peuvent intervenir assez rapidement. Il faut donc procéder de manière régulière à des enquêtes, qui fournissent une image plus vivante de la société.

Des comparaisons sont en outre lancées pour vérifier si les résultats obtenus diffèrent de ceux observés par ailleurs, au niveau national ou dans d'autres collectivités. Nous nous appuyons par conséquent sur des questionnaires existants pour établir nos propres questionnaires. Dans le cas de la politique culturelle, nous avons pris pour base de travail l'enquête sur les pratiques culturelles des Français de l'INSEE et celles du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CRÉDOC) sur les bibliothèques locales. Ces questionnaires sont travaillés de manière collective. Les directions et les partenaires sont donc associés directement, de sorte à ce que le processus et les conclusions deviennent plus lisibles et que les résultats soient moins remis en cause au moment de la restitution. Cela

permet d'obtenir une meilleure appropriation des résultats.

Au moment du travail sur les préconisations, nous nous nourrissons des expériences menées par d'autres collectivités, pour les mettre en perspective. Avant de proposer de reprendre une initiative mise en place par une autre collectivité qui nous semble pertinente, nous essayons de mesurer les résultats obtenus par celle-ci. Il s'agit de tirer le meilleur parti des expériences menées par d'autres.

Enfin, comme nous voulons assurer une large diffusion des résultats de l'évaluation auprès de l'ensemble des parties prenantes, il faut croiser et confronter les points de vue des citoyens, des professionnels, des partenaires et des élus. Même si les intérêts sont parfois contradictoires, c'est ainsi que se dessinent les préconisations les plus pertinentes.

Illustrations

La politique en faveur de la petite enfance

Avec le conseil général et la caisse d'allocations familiales (CAF) de Loire-Atlantique, une évaluation a été menée entre mars 2006 et octobre 2007 sur l'accueil à domicile par les assistantes maternelles agréées indépendantes. La politique publique municipale en la matière avait pour objectif d'améliorer la capacité et la qualité des modes d'accueil individuels, pour l'adapter aux besoins des familles, au moment même où nous constatons une tension très forte au niveau des structures collectives municipales. Beaucoup de demandes restaient en effet insatisfaites et les familles étaient franchement frustrées. Par ailleurs, certaines assistantes maternelles agréées indépendantes connaissaient une certaine inactivité. Cela nous donnait l'impression que leur offre d'accueil n'était pas bien adaptée aux besoins des familles.

Nous avons donc cherché à objectiver la situation à travers un diagnostic partagé. Nous nous sommes entendus autour de trois grandes questions. La première portait sur la mesure quantitative de l'adéquation entre l'offre « petite enfance » et les besoins des familles. La seconde avait trait à une appréciation qualitative de l'offre de service proposée par les assistantes maternelles. Enfin, la dernière question concernait la place du Relais assistantes maternelles (RAM), géré par la Ville, dans le cadre de la mise en relation entre assistantes maternelles et familles demandeuses. Les partenaires voulaient ainsi interroger les leviers d'action qui permettent de favoriser l'adéquation entre l'offre et la demande.

Le pilotage de l'évaluation

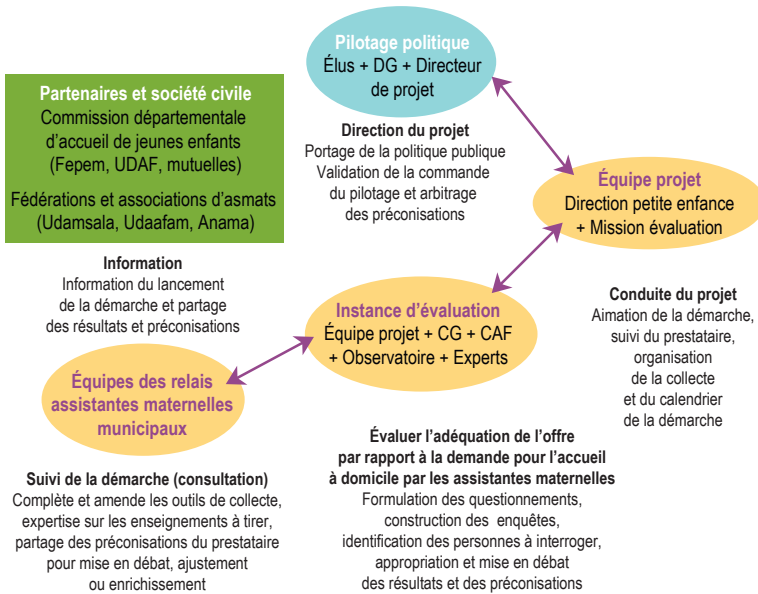
L'instance d'évaluation mise en place a travaillé sur les outils de collecte des données, l'appropriation des résultats et les préconisations. Dans le cadre de ce projet, cette instance a associé étroitement les différents partenaires impliqués dans cette politique, en l'occurrence la responsable de la protection maternelle et infantile du Conseil général et le Directeur de l'action sociale de la CAF. Catherine Sellenet, chercheuse au CNRS, qui a beaucoup travaillé sur les assistantes maternelles, a été choisie comme experte. Ce petit groupe a travaillé sur les questions évaluatives, sélectionné un partenaire chargé de l'enquête de terrain, suivi les résultats, construit les outils de collecte et formulé les préconisations (schéma 4).

En parallèle, la démarche a été partagée avec les équipes des Relais assistantes maternelles municipaux notamment. Elles étaient ainsi mises au courant de l'avancement des travaux, dans une optique de transparence. Les autres partenaires ont également été informés de l'existence de cette démarche, à travers la Commission départementale de l'accueil du jeune enfant, qui regroupe la Fédération des particuliers employeurs (FEPÉM), l'Union départementale des associations familiales (UDAF) et les Mutuelles de Loire-Atlantique, qui gèrent

des crèches associatives. Enfin, les fédérations d'assistantes maternelles ont elles aussi été associées, pour compléter la dynamique. Un pilotage politique a également été mis en place avec les élus référents, tout en maintenant un lien fort avec la direction en charge des Relais assistantes maternelles.

SCHÉMA 4

Le dispositif de pilotage et de suivi de l'évaluation accueilli à domicile par les assistantes maternelles



L'organisation de la collecte des données

Après mise en concurrence, TMO-Régions/GERS a été sélectionné sur la base d'une proposition déclinée en plusieurs volets. Différents modules devaient permettre de répondre à un questionnaire complexe recouvrant plusieurs problématiques différentes. Au départ, il s'agissait de recenser les places disponibles et le nombre d'enfants pour lesquels les familles avaient besoin d'un accueil pérenne. Un diagnostic a ainsi été établi quartier par quartier. Cette première phase a été complétée par un sondage téléphonique auprès de 400 familles comptant au moins un enfant de moins de trois ans, sur la base des fichiers de la CAF de Loire-Atlantique. Certaines d'entre elles avaient recours régulièrement à une assistante maternelle, tandis que d'autres avaient abandonné cette solution. D'autres encore n'y avaient jamais eu recours. De la sorte, nous étions en mesure de réobjectiver les pratiques globales et les besoins, ainsi que la perception autour de ce mode de garde.

Ces éléments ont été complétés par une enquête postale exhaustive auprès des 1 256 assistantes maternelles indépendantes agréées sur le territoire nantais, avec un taux de retour supérieur à 60 %, ce qui était nettement au-dessus de nos attentes. Nous voulions mieux cerner les pratiques et la place du Relais assistantes maternelles.

En outre, 15 entretiens individuels ont été menés avec des parents qui ne parvenaient