

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 chaînes 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 considérerait 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 monitoring 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'explicitier 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 monitoring 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 régions²⁶. 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 disposons 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 devons 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 devons 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 %	<ol style="list-style-type: none"> 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 %	<ol style="list-style-type: none"> 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 %	<ol style="list-style-type: none"> 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 illustre 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.

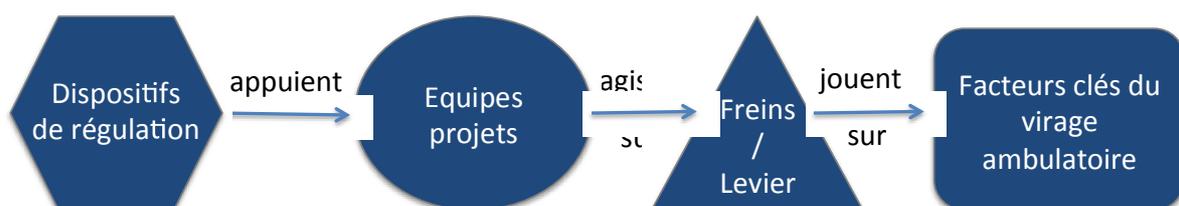
Ainsi ces trois établissements offraient *une variété intéressante de conception du virage ambulatoire*. Alors que l'ESPIC abordait l'ambulatoire comme un cadre d'organisation opérationnel en chirurgie, le CHU le voyait comme un cadre d'organisation plus global, nécessitant une refonte des instruments de gouvernance de l'établissement. Le CH remplaçait 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 un 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 grâce 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 permettait 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 durs 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 devons 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 (Desplat 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 monitoring 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 souhaitons 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 DMS²⁷, 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 (Desplat 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-expérimentaux²⁹ (Lachance et Raïche, 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 données³⁰, 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 groupes³¹. 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 Raïche (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 Raïche (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 Raïche, 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 (Desplat et Ferracci, 2016).

³⁰ Lachance et Raïche (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'« homoscedasticité » (Lachance et Raïche, 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 médecine³². 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 Wilcoxon³³. 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 intermédiaire 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 intermédiaire 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 intermédiaire, 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'explicitier des relations causales complexes y compris sur un grand nombre de cas (Desplat 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 (Desplat 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 dichotomique³⁴ 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'ambiguïté 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'ambiguïté 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 somme 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 booléenne³⁵. 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 entraîne (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 souhaitons 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 avons 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 $TU \geq 94\%$			

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'ahunno, 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'explicitier 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 avons 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-ci³⁶.

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 résonance 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'ambiguïté 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'entrepreneuriat 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 réformatrices, 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'ambiguïté 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 avons 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’ambiguïté maximale sur chacune de ces conditions, nous nous sommes 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 retracer 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 devons 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 médecine³⁷ 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 :

$$Y_{it} = a + bX_{jit} + cZ_{jit} + \varepsilon_{it}$$

où Y_{it} désigne la valeur du TMB d'un établissement i en fin d'année t ;

a désigne la constante du modèle ;

X_{jit} 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 ;

Z_{jit} 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 devons 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 disposons 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 combinaison 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 (Moison, 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.