

Thème : Organisation des services de santé et culture – Session 35**Titre de la communication : Culture « gouvernancielle » et transformation des organisations de santé : les enseignements du virage ambulatoire hospitalier en France**

Auteurs : Olivier Baly*, Frédéric Kletz et Jean-Claude Sardas

Affiliation : Centre de Gestion Scientifique, Mines ParisTech.

*Auteur assurant la correspondance : olivier.baly@mines-paristech.fr, +(33) 659 425 491, École des Mines de Paris, 60 Boulevard Saint-Michel, 75006 Paris.

RÉSUMÉ

Cet article a pour objectif d'évaluer les impacts organisationnels de la Nouvelle Gouvernance Publique (NGP) en santé à travers l'analyse d'un cas de mise en œuvre d'instruments de NGP destinés à promouvoir le virage ambulatoire des établissements de santé français. Nous expliquons en quoi le paradigme de la NGP fournit les bases d'une nouvelle culture administrative en santé et quelles sont les caractéristiques de cette culture. Nous examinons ensuite, par différences de différences et par modélisation structurelle, les impacts de l'application de ce paradigme durant les deux premières années de déploiement de l'axe virage ambulatoire du Plan de transformation (PT) 2015-2017 du système de santé français. Nos résultats indiquent que cette application a bien eu un effet d'accélération partielle des transformations organisationnelles des établissements de santé, mais que cet effet n'a pas induit les impacts économiques attendus de ces transformations. Notre étude contribue ainsi de trois manières à la littérature sur l'organisation des services de santé : 1. en apportant des preuves empiriques des capacités de transformation organisationnelle des instruments de NGP ; 2. en montrant en quoi l'absence de supériorité systématique de la NGP peut expliquer que les paradigmes d'action publique s'accumulent plus qu'ils ne se remplacent dans le secteur de la santé ; et 3. en illustrant comment des études scientifiques peuvent faciliter le dialogue entre les différentes cultures administratives issues de ces paradigmes.

Mots clés : Nouvelle Gouvernance Publique, paradigme, transformation organisationnelle, hôpital, virage ambulatoire.

INTRODUCTION

La Nouvelle Gouvernance Publique (NGP) fournit un nouveau paradigme pour l'organisation des services de santé en France (Cazin, 2017) comme au Canada (Fierlbeck, Gardner, & Levy, 2018). Ce paradigme tend à se substituer aux paradigmes de l'Administration Publique (AP) et du Nouveau Management Public (NMP) qui l'ont précédé (Osborne, 2010). Forcée par Thomas Khun (Kuhn, 2012, p. 175), la notion de paradigme renvoie à « l'ensemble complet des croyances, des valeurs et des techniques qui sont partagées par les membres d'une communauté donnée ». Ainsi définis, les paradigmes de l'action publique fournissent les substrats de différentes cultures administratives (Gow & Dufour, 2000), entendues comme les « valeurs, croyances et attitudes du secteur public » (Henderson, 2004, p. 234).

Or, les conséquences du changement de culture administrative impliqué par le paradigme de la NGP pour l'organisation des services de santé demeurent encore peu explorées. Cet article entend contribuer à combler ce manque, en traitant la question de recherche suivante : quels sont les impacts organisationnels de ce changement de culture administrative dans le système de santé français ? Par l'expression « impacts organisationnels » nous désignons à la fois les impacts pour les organisations du système de santé et pour l'organisation de ce système.

S'interroger sur les impacts organisationnels d'un changement de culture administrative amène à s'intéresser plus particulièrement à la troisième composante des paradigmes identifiée par Khun (2012) : celle des techniques. Notre approche est donc instrumentale, au sens où elle vise à comprendre et mesurer les effets des instruments ou des dispositifs mobilisés par l'action publique (Moison, 2013). Cette approche a été utilisée de longue date dans le secteur de la santé en France, notamment pour analyser les impacts organisationnels – au double sens indiqué au paragraphe précédent – d'un instrument issu du NMP : la tarification à l'activité, souvent désignée par l'acronyme T2A (Engel, Kletz, Moison, & Tonneau, 2000; Lenay, 2005; Moison, 2012; Moison & Tonneau, 1999).

Actualiser cette approche implique d'identifier quelles sont les techniques propres à la NGP, et de préciser en quoi elles se distinguent des techniques de l'AP et du NMP. Alors que les instruments de l'AP reposent sur des principes d'organisation hiérarchiques issus de la bureaucratie de type wébérienne, ceux du NMP se fondent sur l'organisation de la compétition au sein de marchés (Gow & Dufour, 2000). Par opposition à ces deux instrumentations, celle de la NGP consiste à promouvoir la coopération au sein de réseaux d'acteurs publics (Fierlbeck et al., 2018; Osborne, 2010). Cette culture de la gouvernance a

notamment introduit deux modifications substantielles dans l'instrumentation publique : d'une part, le recours accru à des règles souples, c'est-à-dire non juridiquement contraignantes (Abbott, Genschel, Snidal, & Zangl, 2015; Mörth, 2004) ; d'autre part, l'émergence de nouveaux acteurs servant d'intermédiaires entre les acteurs publics, et notamment entre régulateurs et régulés (Abbott, Levi-Faur, & Snidal, 2017; Levi-Faur & Starobin, 2014).

C'est pourquoi nous avons choisi pour notre terrain un cas d'intermédiation souple dans le secteur de la santé en France. L'axe virage ambulatoire du Plan de transformation (PT) 2015-2017 du système de santé dans ce pays s'est en effet principalement appuyé sur le recours à un intermédiaire : l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). L'ANAP a déployé durant ce plan une gamme d'instruments de régulation souple, visant à promouvoir l'adoption d'un nouveau cadre organisationnel pour les établissements de santé : celui de l'hospitalisation ambulatoire. Ces instruments ont été souples dans la mesure où ils n'étaient pas dotés d'un pouvoir de contrainte. Les modes d'actions de l'ANAP ont consisté à organiser, accompagner et outiller un réseau de porteurs du cadre d'hospitalisation ambulatoire dans les Agences Régionales de Santé (ARS) et dans des établissements de santé. Ces actions se sont articulées autour d'un programme central d'accompagnement, dit de « mentorat », auquel ont participé 196 établissements de santé.

Ces établissements représentaient par conséquent un échantillon particulièrement intéressant pour observer les impacts organisationnels de l'usage d'instruments de NGP dans le système de santé français. L'objectif des concepteurs du PT – soit : plusieurs directions des ministères de la Santé et de l'Économie, ainsi que la principale caisse d'assurance maladie du pays – était de permettre aux établissements de santé d'absorber une baisse des tarifs d'hospitalisation en réalisant des économies de charges grâce au virage ambulatoire. Notre évaluation des impacts de l'action de l'ANAP doit donc comporter deux niveaux. Premièrement, il est nécessaire d'apprécier l'efficacité de cette action en matière de transformation ambulatoire des établissements de santé accompagnés. Deuxièmement, il importe d'interroger le lien causal entre cette transformation et l'impact économique qui en était attendu par les concepteurs du PT.

Nous employons pour les analyses de premier niveau – celui de la mesure de l'efficacité – la méthode des différences de différences après appariement (Bertrand, Duflo, & Mullainathan, 2004; Caliendo & Kopeinig, 2008) afin de comparer la progression dans le virage ambulatoire du groupe d'établissements accompagnés par l'ANAP avec celle d'un groupe de contrôle en chirurgie (N=172) et en médecine (N=181). Au second niveau

d'analyse – celui de l'évaluation des impacts attendus – nous appliquons cette même méthode dans le but d'estimer l'impact de l'action de l'ANAP sur une variable d'équilibre économique des établissements de santé : le taux de marge brute (TMB). Nous complétons cette analyse de second niveau par une modélisation structurelle (Desplatz & Ferracci, 2016) testée auprès d'un panel de 244 établissements (Hsiao, 2014), de manière à identifier des liens causaux pouvant expliquer les résultats précédents.

Ces résultats indiquent que les instruments de NGP déployés par l'ANAP au cours du PT ont eu un effet partiel mais significativement positif à relativement court terme – deux ans – sur la transformation ambulatoire des établissements de santé. Néanmoins, cet effet n'a pas produit sur cette période les impacts économiques attendus par les concepteurs du PT. Les estimations issues de notre modélisation structurelle suggèrent que le mode de financement en T2A hérité du NMP a continué à déterminer ces impacts, indépendamment des transformations organisationnelles provoquées par les outils de NGP.

Notre travail contribue ainsi de trois manières à la littérature sur l'organisation des services de santé. Premièrement, nous apportons des preuves empiriques de l'efficacité des instruments de la NGP en matière de transformation des organisations de santé. Deuxièmement, nous mettons en évidence que cette capacité transformatrice n'induit pas nécessairement de supériorité du paradigme de la NGP sur celui du NMP dans l'organisation des services de santé, et que cette absence de supériorité peut expliquer que les paradigmes d'action publique coexistent plus qu'ils ne se remplacent dans le secteur de la santé. Troisièmement, nous soulignons la place que peuvent avoir des études telles que la nôtre dans le dialogue entre les différentes cultures administratives issues de ces paradigmes. Afin de prolonger et de faciliter ce dialogue, nous appelons à la constitution d'une communauté scientifique dédiée à la NGP en santé.

La suite de cet article est structurée en quatre parties. Dans la première, nous précisons quelles sont les caractéristiques de la NGP en tant que paradigme d'une nouvelle culture administrative en santé. Dans la seconde partie, nous expliquons en quoi le terrain et la méthodologie que nous avons choisis permettent d'apporter des réponses à notre question de recherche. Dans la troisième partie, nous présentons nos résultats. Enfin, dans la quatrième partie, nous discutons les apports et les limites de notre étude, et nous concluons sur les perspectives de recherche future qu'elle peut ouvrir.

LA CULTURE « GOUVERNANCIELLE »

La notion de culture administrative se distingue de celle de culture organisationnelle ou politique, en ce qu'elle ne désigne pas la culture propre à une organisation spécifique, ni la culture de la classe politique d'un pays donné (Henderson, 2004). La culture administrative se réfère aux « valeurs, croyances et attitudes » (Henderson, 2004, p. 234) répandues dans l'administration publique. Les travaux de Hood (1991) puis de Osborne (2010) sur la gestion publique ont popularisé l'idée selon laquelle l'action publique a été mue par différents paradigmes successifs. Or, comme le notent Gow et Dufour (2000), ces paradigmes fondent des cultures administratives différentes.

Dans cette perspective, il convient donc de s'interroger sur les traits spécifiques de la culture « gouvernancielle », c'est-à-dire de la culture administrative sous-tendue par le paradigme de la NGP. Dans leurs travaux sur l'applicabilité de la notion de paradigme au domaine de la gestion publique, Gow et Dufour (2000) distinguent trois niveaux paradigmatiques : métaphysique, théorique, et instrumentale. Le niveau métaphysique correspond à la manière de percevoir le monde, tandis que le niveau théorique renvoie aux modèles permettant de l'expliquer, et le niveau instrumental aux outils incarnant ce paradigme.

Sur le plan métaphysique tout d'abord, il semble en effet que la NGP représente une nouvelle manière de concevoir l'action publique, non plus simplement comme le produit de l'État, mais comme la résultante de l'action d'une multitude d'acteurs publics et privés (Osborne, 2010). La métaphysique de la NGP s'oppose en cela à celle de l'AP, qui envisage l'action publique comme un champ politique unifié sous la bannière de l'État, mais aussi à celle du MNP, qui considère les organisations publiques prioritairement comme des entités économiques dont il est nécessaire d'optimiser la performance.

Le corpus théorique dans lequel se situe la NGP diffère également de celui de l'AP et du MNP. Alors que l'AP prend ses racines dans la science politique et que le MNP emprunte à la théorie des choix publics ainsi qu'aux sciences de gestion, la NGP trouve sa source dans les théories institutionnalistes et dans la théorie des réseaux (Osborne, 2010). Sur le plan théorique, la NGP s'intéresse ainsi à comment des réseaux d'acteurs publics se constituent, et à comment différentes pressions institutionnelles (DiMaggio & Powell, 1983) interagissent dans la conduite et la réalisation de l'action publique.

Ces changements sur les plans métaphysiques et théoriques se matérialisent dans la constitution d'instruments nouveaux d'action publique. Tandis que l'AP privilégie la

contrainte légale et hiérarchique, et que le NMP se focalise sur la régulation des marchés, la NGP emploie des outils de natures différentes. Ces outils sont dits « souples », dans la mesure où ils ne reposent pas sur l'exercice d'une contrainte légale, ni même directement sur l'allocation de ressources financières (Abbott et al., 2015; Mörth, 2004). La mise en réseaux de pairs (Sahlin-Andersson, 2004), l'édition de recommandations et de standards (Djelic & Sahlin-Andersson, 2006), ou bien encore la diffusion de cadres d'organisations sous formes d'archétypes ou de gabarits organisationnels (Wedlin & Sahlin, 2017) constituent ainsi des outils souples d'action publique.

Sur le plan instrumental toujours, la NGP s'incarne également dans l'émergence de nouveaux acteurs, qui organisent en réseaux les parties prenantes à l'action publique (Levi-Faur, 2011). Parmi ces nouveaux acteurs, les organisations qui agissent comme intermédiaires entre régulés et régulateurs se multiplient (Levi-Faur & Starobin, 2014). Le recours à cette intermédiation est le plus souvent dû à l'incapacité des régulateurs eux-mêmes à définir des règles contraignantes dans des environnements complexes, tels que ceux qui, à l'instar des services de santé, requiert à un haut niveau d'expertise professionnelle (Abbott et al., 2015). Les intermédiaires permettent alors d'opérationnaliser la régulation en apportant une plus grande expertise technique, une meilleure capacité à interagir avec les régulés, une garantie d'indépendance et des ressources supplémentaires de légitimité (Abbott et al., 2017).

Cette application de la notion kuhnienne de paradigme à l'action publique a cependant fait débat (Gow & Dufour, 2000). Ce débat s'est articulé autour de trois principaux sujets : celui de la scientificité, celui de l'incommensurabilité, et celui de la supériorité. Concernant la scientificité tout d'abord, Khun (2012) lui-même a émis des réserves sur l'applicabilité de sa notion de paradigme aux sciences sociales, dans la mesure où les praticiens y jouent un rôle déterminant dans l'adoption ou le rejet d'un paradigme. Le paradigme en sciences sociales n'est donc pas confiné à une communauté scientifique. Il implique une communauté plus large, englobant, dans le cas de l'action publique, les décideurs et les gestionnaires d'organisations publics. Si l'administration publique et le management public se sont bien constitués en discipline académiques (Gow & Dufour, 2000), dans le même temps que les pratiques de ces décideurs et gestionnaires changeaient, tel n'est pas le cas pour l'instant de la NGP. La gouvernance publique apparaît aujourd'hui comme un objet traité à la fois par les sciences politiques (Levi-Faur, 2011) et par les sciences de gestion (Osborne, 2010), sans pour autant avoir acquis un statut disciplinaire pouvant fédérer autour d'elle une communauté académique. Ainsi, bien que l'usage croissant d'outils de NGP laisse penser qu'une culture

administrative de la NGP se développe en pratique, la communauté scientifique qui pourrait porter cette culture apparaît aujourd'hui faiblement structurée.

L'application du principe kuhnien d'incommensurabilité des paradigmes n'est pas non plus évidente dans le cas des cultures administratives. Les pratiques du NMP n'ont pas complètement remplacé celles issues de l'AP (Gow & Dufour, 2000) pas plus que celles de la NGP n'ont aboli celles héritées du NMP (Cazin, 2017). Au lieu de s'exclure mutuellement, les paradigmes de l'action publique semblent coexister. La question de leur articulation se pose donc aux trois niveaux du paradigme. Cette question recouvre ainsi à la fois la compatibilité de leurs instruments, la possibilité d'un dialogue entre les théories qui les fondent, et la conciliation des points de vue antagonistes sur l'action publique qui les sous-tendent.

Ces limites de l'application de la notion kuhnienne de paradigme à l'action publique sont associées à la difficulté de déterminer la supériorité d'un paradigme d'action publique sur les autres. En effet, selon Kuhn (2012), c'est de cette supériorité que naît le changement paradigmatique. Ce changement est induit par l'accumulation d'anomalies au sein d'un paradigme, c'est-à-dire par la répétition de problèmes qu'un paradigme en place ne sait pas résoudre. Cette crise paradigmatique se solutionne *in fine* par l'avènement d'un nouveau paradigme, qui a la capacité de répondre à la fois aux problèmes que l'ancien paradigme pouvait traiter et à ceux qu'il ne pouvait pas traiter. Or, en matière d'action publique, le changement paradigmatique semble résulter davantage de problématiques pratiques que d'impasses théoriques (Gow & Dufour, 2000). Dès lors, l'absence de supériorité scientifiquement établie laisse la possibilité d'une coexistence des paradigmes, puisqu'il n'est pas prouvé qu'un paradigme peut effectivement en remplacer et en dépasser un autre. La commensurabilité des paradigmes de l'action publique dérive par conséquent de la forme particulière de scientificité propre aux sciences sociales, qui peinent à pouvoir conclure sur la supériorité des paradigmes nouveaux. Si bien qu'il serait sans doute plus juste de parler de changement de paradigme dominant de l'action publique, plutôt que de changement absolu de paradigme, puisqu'il n'y a pas extinction mais plutôt accumulation des paradigmes.

Afin de comprendre l'émergence de la NGP dans le secteur de la santé, il est donc nécessaire de préciser quelles problématiques pratiques ce nouveau paradigme est réputé pouvoir régler. En France comme au Canada, la NGP semble intervenir en réponses à des anomalies du NMP, c'est-à-dire à des enjeux d'organisation des services de santé que le NMP apparaît dans l'incapacité de résoudre. Dans le cas canadien, Fierlbeck, Gardner et Levy (2018) soulignent que le NMP est mal adapté à la complexité des enjeux de coordination entre

les acteurs du système de santé, notamment parce que le NMP repose sur une responsabilisation décentralisée et sur la compétition entre offreurs de soins. Dans le cas français, Moisdon (2012, 2013) a montré l'incapacité du mode de financement en T2A issu du NMP à pénétrer le fonctionnement des organisations sanitaires et à apporter des solutions à l'enjeu de leur transformation. La NGP, dans la mesure où elle se fonde sur la coordination réticulaire d'acteurs multiples (Osborne, 2010) et où elle passe souvent par la diffusion de cadres organisationnels nouveaux (Wedlin & Sahlin, 2017) paraît à même de résoudre ces enjeux. Néanmoins, cette supériorité de la NGP sur le NMP en matière de coordination et de transformation demeure aujourd'hui de l'ordre de l'hypothèse.

Notre article vise à tester l'hypothèse relative à la supériorité de la NGP pour ce qu'elle concerne la transformation des organisations de santé et leurs impacts. Il doit être noté de ce point de vue que cultures administratives et organisationnelles, bien que distinctes, ne sont pas imperméables l'une à l'autre. En effet, puisque l'instrumentation de la NGP peut consister à promouvoir de nouveaux cadres organisationnels, il est possible que ces cadres soient porteur d'un nouveau paradigme organisationnel, induisant ainsi un changement de culture au sein des organisations visées par la NGP.

Le terrain de notre étude, que nous allons présenter dans la partie suivante, s'inscrit dans ce cas de figure, puisque l'objectif des instruments de NGP que nous analysons était de favoriser l'adoption dans cadre d'hospitalisation ambulatoire à l'hôpital. Or, l'ambulatoire représente un changement paradigmatique pour l'hôpital, dont l'organisation était jusqu'alors orientée vers le confinement et l'alitement du patient (Berend, 2017; Foucault, 1963). Tester l'hypothèse de supériorité de la NGP pour la transformation des organisations de santé sur ce terrain revient par conséquent à se demander si les outils de NGP qui y ont été déployés ont bien provoqué une accélération de la transformation ambulatoire des hôpitaux, et si cette accélération a permis de répondre aussi bien que les outils de NMP aux objectifs d'efficience posés par les décideurs publics.

TERRAIN ET MÉTHODES

L'axe virage ambulatoire du Plan de Transformation du système de santé français. L'axe virage ambulatoire du PT du système de santé français pour les années 2015 à 2017 constitue un exemple intéressant d'instrumentation de NGP dans la mesure où cet axe a donné lieu à la constitution d'un réseau d'acteurs et à la mobilisation de différents outils de régulation souple visant à promouvoir l'adoption du cadre d'hospitalisation ambulatoire. Ce réseau comme ces outils ont été conçus et animés par un intermédiaire de régulation : l'ANAP. Le réseau fédérait les porteurs du virage ambulatoire dans les ARS et dans 196 établissements sélectionnés par les ARS. L'organisation du réseau comprenait des séminaires trimestriels des porteurs de projet en ARS et le mentorat des porteurs de projet dans les établissements de santé sélectionnés. Le mentorat incluait des sessions individuelles d'accompagnement des équipes projets sur site ou par téléphone, ainsi que des sessions collectives durant lesquelles ces équipes projets pouvaient échanger entre elles. Ces sessions étaient animées par des consultants rémunérés par l'ANAP. Les sessions collectives regroupaient en moyenne cinq à six établissements d'une même zone géographique. Quinze sessions collectives, toujours précédées de sessions individuelles, ont été tenues dans chaque groupe d'établissements, à une fréquence moyenne de six semaines, entre septembre 2015 et décembre 2017.

En sus du mentorat des équipes projets, l'ANAP proposait deux autres modalités d'accompagnement, auxquelles les équipes projet pouvaient volontairement souscrire. La première d'entre elle s'intitulait transferts de compétences. Ces sessions d'une journée s'apparentaient à des formations structurées autour de la présentation et de l'utilisation des outils thématiques de l'ANAP pouvant être mobilisés dans le cadre du virage ambulatoire et de l'adaptation des capacités d'hospitalisation qui en découle. Comme pour le mentorat, des consultants rémunérés par l'ANAP assuraient l'animation des sessions. Outre la démonstration de l'outil, les sessions comprenaient un exposé des concepts et des enjeux clés sur chaque thématique ainsi que des potentialités et des limites de l'outil, des recommandations sur les moments opportuns pour l'utiliser, et un argumentaire destiné à convaincre les professionnels de son bienfondé. Sept thématiques ont ainsi été abordées : la chirurgie ambulatoire, la gestion des lits, les transports sanitaires, l'aide au dimensionnement des organisations, le bloc opératoire, l'imagerie, et les urgences. Dix sessions ont été organisées par thématique, regroupant cinq établissements par session.

La troisième modalité d'appui des établissements de santé déployée par l'ANAP dans le cadre du Plan triennal se dénommait « cercles ». Ces cercles étaient des journées d'échanges

entre professionnels, majoritairement médecins et soignants. Ces rencontres étaient également organisées par thématique. Une première série de six thématiques étaient dédiées aux « transformations organisationnelles et [au] virage ambulatoire » : la chirurgie ambulatoire, les hôpitaux de jour médicaux, les consultations et soins externes, la maîtrise des durées de séjour, les ressources humaines et la mutualisation des unités de soins. Un second groupe de thématiques touchait aux plateaux médico-techniques : le bloc opératoire, l'imagerie et les urgences. Ces journées comprenaient des retours d'expériences présentés par des professionnels de santé. Ces retours d'expérience étaient sélectionnés par les salariés de l'ANAP référents sur chaque thématique, d'abord en fonction de leur connaissance des projets ayant eu lieu dans les établissements de santé, puis, à mesure que certains participants aux cercles se déclaraient volontaires pour parler de leur expérience, aussi sur la base des propositions reçues. Six cercles consacrés aux transformations organisationnelles et cinq sur les plateaux médico-techniques se sont tenus de 2016 à 2017.

Ces trois modalités d'appui étaient en outre outillées, c'est-à-dire qu'elles mobilisaient des outils dans leur mise en œuvre. Deux types d'outils conçus et diffusés par l'ANAP peuvent être distingués : les outils thématiques, que nous avons déjà mentionnés dans notre présentation des sessions de transferts de compétences, et les outils relevant, selon la terminologie employée par les équipes de l'ANAP, du « monitoring ». Sous ce vocable, les équipes de l'ANAP désignaient trois types d'outils qui avaient pour vocation de structurer une démarche projet dans les établissements de santé, en particulier ceux participant au mentorat :

1. des feuilles de route définissant les objectifs et le plan d'actions des établissements sur le virage ambulatoire ;
2. un macro-diagnostic destiné à aider les équipes projets à identifier des marges de progression sur les processus opérationnels impliqués dans le virage ambulatoire ;
- et 3. un dispositif de remonté d'information permettant aux établissements de suivre leur progression dans le virage ambulatoire en chirurgie et en médecine.

Dans son ensemble, le dispositif d'accompagnement organisé en réseau par l'ANAP était caractérisé par sa souplesse. En effet, même si les établissements participant au programme de mentorat y avaient été fortement incités par leur ARS, ils pouvaient à tout moment en sortir. Six établissements ont ainsi abandonné le dispositif du mentorat, entre décembre 2015 et février 2017. De plus, les thématiques des sessions de mentorat ont très rapidement été déterminées par les participants eux-mêmes. L'accompagnement de l'ANAP était par conséquent fondé sur les principes de volontariat (Levi-Faur, 2011; Mörth, 2004) et de réactivité aux besoins de régulés (Ayres & Braithwaite, 1992; Drahos & Krygier, 2017) qui caractérisent la régulation souple.

De surcroît, l'objectif de cet accompagnement était, comme il est fréquent dans les cas de régulation souple visant des organisations (Wedlin & Sahlin, 2017), de promouvoir un cadre organisationnel nouveau : celui de l'hospitalisation ambulatoire. Ce cadre organisationnel était davantage défini sous forme de gabarit (DiMaggio & Powell, 1991) que d'archétype (Greenwood & Hinings, 1993, 1996) puisque l'ANAP ne suivait pas la mise en place de certaines structures organisationnelles spécifiques¹ mais plutôt les performances des établissements sur trois indicateurs retenus pour mesurer leur progression dans le virage ambulatoire : la durée moyenne de séjour (DMS), le taux d'ambulatoire (TA) et le taux d'utilisation (TU) des lits en hospitalisation complète. La transformation ambulatoire des établissements de santé devait ainsi se traduire par une diminution du temps moyen d'hospitalisation – exprimé par la DMS – par une augmentation du pourcentage de séjours réalisés en ambulatoire – donné par le TA – et par une élévation de l'occupation des lits d'hospitalisation complète² – appréciée par le TU – consécutive à la réduction de leur nombre. Ces indicateurs étaient suivis séparément en médecine et en chirurgie, en raison des spécificités du virage ambulatoire dans chacun de ces secteurs (CNAMTS, 2017; IGF-IGAS, 2014, 2016).

Il est important de noter également que l'objectif assigné à l'accompagnement de l'ANAP par les concepteurs du PT était de préserver l'équilibre économique des établissements de santé. Ces concepteurs, qui regroupaient plusieurs directions des ministères de la Santé et de l'Économie ainsi que la principale caisse d'assurance maladie du pays, attendaient en effet de la transformation ambulatoire qu'elle permette aux établissements de santé français d'absorber une baisse des tarifs d'hospitalisation par des économies de charge. Depuis 2013, l'équilibre économique des établissements français est mesuré par leur Taux de Marge Brute (TMB), qui correspond à la définition de l'excédent brute d'exploitation en analyse financière classique (DGOS, 2013). L'axe virage ambulatoire du PT représente donc un cas idoine pour tester notre hypothèse de supériorité des instruments de la NGP sur ceux du NMP, puisque le but recherché par l'emploi d'outils de NGP a été de répondre à une problématique d'efficacité typique du NMP, tout en laissant en place le mode de financement issu du NMP. Il est par conséquent possible de vérifier si dans ce cas la NGP a permis de répondre à la fois au problème d'efficacité déjà traité par le paradigme du NMP et au problème de

¹ L'ANAP préconisait bien le développement de certaines structures organisationnelles telles que les unités de chirurgie ambulatoire ou les hôpitaux de jour médicaux. Toutefois, le critère de progression dans le virage ambulatoire utilisé par l'ANAP n'était pas l'existence de telles structures, mais l'évolution d'indicateurs.

² L'hospitalisation complète correspond à une hospitalisation d'au moins une nuit, tandis que l'hospitalisation ambulatoire suppose la sortie du patient le jour même de son hospitalisation.

transformation des organisations de santé que le NMP peinait à résoudre (Moison, 2012, 2013).

Méthodes. Afin de tester complètement l'hypothèse de supériorité des instruments de la NGP sur ceux du NMP dans le cas du PT, il convient d'abord de se demander si les outils de NGP déployés par l'ANAP ont bien eu un effet de transformation ambulatoire en chirurgie et en médecine dans les établissements accompagnés, et ensuite si ces transformations ont davantage participé au maintien de l'équilibre économique des établissements de santé que les instruments issus du NMP. En raison de la disponibilité limitée des données dans les bases nationales, nous avons dû restreindre les deux parties de cette analyse à la période des deux premières années du PT, soit 2015 et 2016.

Pour mesurer l'efficacité de l'accompagnement de l'ANAP en matière de transformation ambulatoire, nous avons eu recours à la méthode des différences de différences (Bertrand et al., 2004). Cette méthode offre en effet une solution de second rang par rapport aux essais contrôlés randomisés, lorsque, comme dans notre cas, l'affectation dans les groupes de traitement et de contrôle ne peut être effectuée aléatoirement par le chercheur mais résulte de choix effectués par les décideurs publics (Desplatz & Ferracci, 2016). Nous avons retenus comme variables de traitement les indicateurs du virage ambulatoire considérés par l'ANAP comme révélateurs de cette transformation organisationnelle, soit : la DMS, le TA et le TU. Nous avons procédé à des analyses distinctes en chirurgie et en médecine, en raison des spécificités connues de chacun de ces secteurs en matière de virage ambulatoire (CNAMTS, 2017; IGF-IGAS, 2014, 2016). Les DMS et les TA ont pu être extraits de la base de données nationale recensant l'activité des établissements de santé – le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) – que nous avons interrogée via un requêteur construit par les ARS : DIAMANT. Les TU étaient quand à eux disponibles via la base de comparaison nationale Hospidiag, alimentée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

En outre, afin d'éviter tout biais de comparaison observable sur ces variables entre le groupe de traitement et les groupes de contrôle, nous avons testé l'existence de biais de sélection dans le groupe d'établissements accompagnés par l'ANAP. Nous avons réalisé ces tests en comparant les valeurs disponibles des indicateurs du virage ambulatoire dans le groupe d'établissements accompagnés avec celle du reste de la population d'établissements de même statut – public ou privé non lucratif – avant le commencement du PT, soit au 31 décembre 2014. Les résultats de ces tests, présentés dans le tableau 1 ci-dessous, ont révélé des biais de sélection significatifs sur le TU en chirurgie et sur l'ensemble des indicateurs en

médecine. Les distributions de valeurs ne satisfaisant pas les conditions de normalité ni d'homoscédasticité, nous avons apprécié la significativité des différences entre le groupe de traitement et le reste de la population observable à l'aide de tests unilatéraux de Wilcoxon à deux échantillons indépendants (Lachance & Raïche, 2014). Nous avons retiré de ces comparaisons trois valeurs de TU aberrantes en chirurgie – supérieures à 200% – et sept valeurs aberrantes en médecine – TU proches de 200% ou DMS proches de 40 jours. Les distances de Mahalanobis au carré nous ont en outre amenés à exclure trois valeurs extrêmes en chirurgie et 14 en médecine (Lachance & Raïche, 2014).

Tableau 1. Mesure des biais de sélection initiale des établissements du groupe de traitement

	Chirurgie				Médecine			
	DMS	TA	TU	N	DMS	TA	TU	N
Moyennes 2014								
Groupe de traitement	6,39	37,58%	87,64%	172	6,49	18,05%	81,07%	181
Reste de la population	6,28	38,48%	80,92%	198	10,3	14,88%	77,96%	518
<i>Écart</i>	<i>0,11</i>	<i>-0,91</i>	<i>6,72</i>		<i>-3,81</i>	<i>3,17</i>	<i>3,12</i>	
Médianes 2014								
Groupe de traitement	6,31	36,81%	87,45%	172	6,38	16,49%	80,40%	181
Reste de la population	6,07	37,81%	82,90%	198	8,71	11,33%	78,90%	518
<i>Écart</i>	<i>0,23</i>	<i>-1</i>	<i>4,55</i>		<i>-2,33</i>	<i>5,16</i>	<i>1,5</i>	
Z	n.s.	n.s.	**		***	***	***	

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

L'identification de biais de sélection en chirurgie comme en médecine nous a conduit à devoir créer des groupes de contrôle de mêmes tailles et de mêmes caractéristiques initiales observables que le groupe de traitement. Nous avons effectué ces appariements à l'aide de la méthode des scores de propension (Caliendo & Kopeinig, 2008). Les tableaux 2 et 3 ci-dessous montrent que ces appariements ont réussi, puisque les valeurs initiales des indicateurs dans les groupes de contrôles ne présentaient pas de différences significatives avec celles du groupe de traitement. Lorsque les distributions de valeurs satisfaisaient les conditions de normalité et d'homoscédasticité, nous avons comparé les moyennes des groupes à l'aide de tests de Student. Les probabilités associées à ces tests apparaissent alors dans les colonnes de moyennes des tableaux 2 et 3. Lorsque ces conditions n'étaient pas remplies, nous avons employé des tests unilatéraux de Wilcoxon, et nous avons reporté les probabilités associées à ces tests dans les colonnes de médianes.

Il est également visible que les groupes de contrôle ont suivi durant les deux années précédant le PT une tendance commune à celle du groupe de traitement, puisqu'il n'existait

pas de différence significative entre leur évolution et celle du groupe de traitement, en chirurgie comme en médecine. Un contraste est toutefois observable entre les progressions *ex ante* – c'est-à-dire antérieures au PT – des groupes en chirurgie et en médecine : alors qu'en chirurgie les deux groupes évoluent de manière significatives sur l'ensemble des indicateurs, à l'exception de la DMS pour le groupe de contrôle, aucune évolution n'apparaît significative en médecine³. Ces constats sont en cohérence avec les écrits portant sur le virage ambulatoire en France durant les années précédant le PT, qui font état d'un décalage de la médecine par rapport à la chirurgie dans l'amorce de ce virage (CNAMTS, 2017; IGF-IGAS, 2014, 2016). L'existence de ce différentiel de progression en chirurgie et médecine confirmait la nécessité de devoir analyser séparément ces deux secteurs d'activité.

Tableau 2. Comparaison ex-ante des groupes appariés en chirurgie

Moyennes (N = 172 dans chaque groupe)					Médianes (N = 172 dans chaque groupe)				
DMS	2012	2014	Évolution	t	DMS	2012	2014	Évolution	S
Groupe de traitement	6,484	6,39	-0,095			6,42	6,309	-0,111	**
Groupe de contrôle	6,478	6,431	-0,048	n.s.		6,228	6,287	0,059	
Écart	0,006	-0,041	-0,047		Écart	0,192	0,022	-0,17	
t					Z	n.s.	n.s.	n.s.	
TA	2012	2014	Évolution	t	TA	2012	2014	Évolution	S
Groupe de traitement	33,65%	37,58%	3,922			33,30%	36,81%	3,511	***
Groupe de contrôle	33,40%	37,89%	4,486			32,42%	37,35%	4,93	***
Écart	0,251	-0,313	-0,564		Écart	0,883	-0,536	-1,419	
t					Z	n.s.	n.s.	n.s.	
TU	2012	2014	Évolution	t	TU	2012	2014	Évolution	S
Groupe de traitement	82,64%	87,64%	5,003			84,80%	87,45%	2,65	***
Groupe de contrôle	80,73%	85,64%	4,908			82,20%	85,95%	3,75	***
Écart	1,909	2,004	0,095		Écart	2,6	1,5	-1,1	
t	n.s.				Z		n.s.	n.s.	
Statistiques	Tests correspondants				<i>n.s.</i> : différence non significative				
t	Student				* $p < 0.05$				
Z	Wilcoxon à deux échantillons indépendants				** $p < 0.01$				
S	Rangs signés				*** $p < 0.001$				

³ La significativité de ces évolutions a été appréciée à l'aide de tests à mesures répétées dans le temps. Lorsque les conditions de normalité et d'homoscédasticité étaient réunies, nous avons eu recours à des tests de Student, et nous avons indiqué les probabilités associées dans les colonnes de moyennes. Dans le cas contraire, nous avons utilisé un test des rangs signés, et nous avons restitué les probabilités associées dans la colonne des médianes.

Tableau 3. Comparaison ex-ante des groupes appariés en médecine

Moyennes (N = 181 dans chaque groupe)					Médianes (N = 181 dans chaque groupe)				
DMS	2012	2014	Évolution	t	DMS	2012	2014	Évolution	S
Groupe de traitement	6,474	6,493	0,019			6,386	6,384	-0,002	n.s.
Groupe de contrôle	6,505	6,426	-0,079			6,451	6,308	-0,143	n.s.
<i>Écart</i>	-0,032	0,066	0,098		<i>Écart</i>	-0,065	0,076	0,141	
<i>t</i>					<i>Z</i>	n.s.	n.s.	n.s.	
TA	2012	2014	Évolution	t	TA	2012	2014	Évolution	S
Groupe de traitement	18,54%	18,05%	-0,492			16,90%	16,49%	-0,405	n.s.
Groupe de contrôle	19,85%	19,68%	-0,167			18,07%	17,86%	-0,209	n.s.
<i>Écart</i>	-1,303	-1,628	-0,325		<i>Écart</i>	-1,169	-1,365	-0,196	
<i>t</i>					<i>Z</i>	n.s.	n.s.	n.s.	
TU	2012	2014	Évolution	t	TU	2012	2014	Évolution	S
Groupe de traitement	81,16%	81,07%	-0,087			80,30%	80,40%	0,1	n.s.
Groupe de contrôle	79,88%	79,51%	-0,378			79,80%	78,90%	-0,9	n.s.
<i>Écart</i>	1,277	1,569	0,291		<i>Écart</i>	0,5	1,5	1	
<i>t</i>					<i>Z</i>	n.s.	n.s.	n.s.	
<i>Statistiques</i>	<i>Tests correspondants</i>				<i>n.s. : différence non significative</i>				
<i>t</i>	<i>Student</i>				* <i>p</i> < 0.05				
<i>Z</i>	<i>Wilcoxon à deux échantillons indépendants</i>				** <i>p</i> < 0.01				
<i>S</i>	<i>Rangs signés</i>				*** <i>p</i> < 0.001				

Puisque nous disposions ainsi de groupes de contrôle présentant les mêmes caractéristiques observables initiales que le groupe de traitement et ayant évolué de manière comparable à celui-ci durant les deux années précédant le PT, nous avons pu évaluer l'effet à deux ans de l'inclusion dans le groupe d'établissements accompagnés par l'ANAP sur les indicateurs du virage ambulatoire en chirurgie et en médecine. Nous avons mesuré cet effet, conformément au principe de différences des différences (Bertrand et al., 2004), en calculant pour chaque indicateur l'écart de différentiel d'évolution – entre la période *ex ante* et *ex post* – entre les groupes de contrôle et le groupe de traitement. Nous avons apprécié la significativité de cet écart à l'aide de tests de Student, lorsque la distribution des valeurs satisfaisait les postulats de normalité et d'homoscédasticité nécessaires à l'application des méthodes paramétriques d'analyse de la variance (Lachance & Raïche, 2014). Lorsque ces conditions n'étaient pas réunies, nous avons procédé à des tests unilatéraux de Wilcoxon. Nous avons également effectué des tests à mesures répétées pour estimer la significativité des évolutions *ex post* dans chaque groupe pris isolément. Enfin, nous avons comparé ces évolutions *ex post* entre les groupes, afin de déceler d'éventuelles ruptures de la tendance commune d'évolution préexistante entre eux.

Une fois réalisée cette analyse de l'efficacité des instruments de NGP sur la transformation ambulatoire, il nous restait à tester l'hypothèse selon laquelle ces effets de transformation ont

pu répondre aussi bien que les instruments hérités du NMP aux objectifs de maintien de l'équilibre économique des établissements de santé. Nous avons conduit ce test en deux temps. Tout d'abord, nous avons voulu voir si un effet de l'accompagnement de l'ANAP sur cet équilibre économique était perceptible à deux ans. Pour cela, nous avons répliqué la méthode des différences de différences sur la variable de mesure de cet équilibre retenue par l'ANAP et le ministère de la Santé : le TMB (DGOS, 2013). Les versants médicaux et chirurgicaux du virage ambulatoire pouvant influencer tous les deux sur l'équilibre économique des établissements de santé (CNAMTS, 2017; IGF-IGAS, 2014, 2016) nous avons fusionné les deux groupes de contrôle précédemment constitués.

Grâce à la base de données nationale Hospidiag, nous avons pu recueillir le TMB de 186 établissements composant ce groupe unique de contrôle, et de 152 établissements du groupe de traitement. Le calcul des distances de Mahalanobis au carré nous a amené 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. Préalablement à l'analyse des différences de différences, nous avons vérifié que les valeurs du TMB étaient comparables dans le groupe de contrôle et dans le groupe de traitement avant le début du PT – soit au 31 décembre 2014 – et qu'il existait bien une tendance commune d'évolution de cet indicateur entre ces deux groupes durant les deux années antérieures au PT. Nous avons eu recours aux mêmes tests que ceux utilisés sur les indicateurs du virage ambulatoire pour estimer la significativité des résultats sur obtenus le TMB.

Nous avons ensuite cherché à expliquer ces résultats à l'aide d'une modélisation structurelle (Desplatz & Ferracci, 2016) bâtie de manière à pouvoir comparer l'effet sur le TMB des transformations induites par les instruments de NGP à celui des instruments hérités du NMP. Nous avons retenu comme périmètre d'analyse l'ensemble des établissements publics et privés non lucratifs disposant simultanément d'une activité de médecine⁴ et de chirurgie durant les deux premières années du PT – soit : de fin 2014 à fin 2016. Nous avons 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. Ce mode de financement est en effet, selon Moisdon (2013, p. 40) « emblématique du NPM (New Public Management) ». Capter l'effet de ces

⁴ Y compris en séances, pour correspondre au périmètre d'activités pouvant relever de la médecine ambulatoire (IGF-IGAS, 2016), auquel nous avons ajouté les séjours de médecine comprenant un passage aux urgences.

variables revient donc à mesurer l'impact de l'instrumentation du NMP sur l'équilibre économique des établissements de santé. Ces variables sont de trois ordres : 1. le niveau d'activité – exprimé en nombre de séjours et de séances ; 2. la valorisation moyenne de ces séjours et séances ; ainsi 3. que les coûts de personnel médical et non-médical – des services cliniques et médico-techniques – rapportés aux recettes T2A. 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, le virage ambulatoire était appréhendé par l'ANAP et par le ministère de la Santé comme l'évolution conjointe de ces trois indicateurs. 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, via Hospi Diag – indicateurs P4 à P7. Deux-cent quarante-quatre établissements présentaient des valeurs pour l'ensemble des variables de la modélisation sur la période retenue.

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 régression linéaire sur données de panel (Hsiao, 2014). 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. Nous avons préalablement 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, c'est-à-dire 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 résumé, à l'aide de nos analyses en différences de différences et de notre modélisation, nous avons donc pu tester en deux phases successives si l'hypothèse de supériorité des instruments de NGP sur ceux de NMP se vérifiait dans le cas du PT. Ce cas est particulièrement intéressant pour tester cette hypothèse, puisque les instruments de NGP y ont été employés en vue de répondre à une problématique d'efficacité caractéristique du NMP. La première phase a consisté à déterminer si les outils de NGP déployés par l'ANAP ont bien provoqué une accélération de la transformation ambulatoire des hôpitaux. La deuxième phase a permis d'établir si cette accélération a répondu aussi bien que les outils de NMP à l'objectif de maintien de l'équilibre économique des établissements de santé. Ce sont par conséquent les résultats de chacune de ces phases que nous allons présenter en section suivante.

RÉSULTATS

Un effet d'accélération partielle des transformations ambulatoires. Nos analyses en différences de différences sur les indicateurs du virage ambulatoire montrent un effet d'accélération induit par les instruments de NGP déployés par l'ANAP sur deux des paramètres de cette transformation : l'augmentation du TA en chirurgie et la diminution de la DMS en médecine. Les évolutions ex post des indicateurs chirurgicaux, reportées dans le tableau 4 ci-dessous, indiquent en effet que le TA a connu une accélération de son rythme de progression dans le groupe de traitement uniquement. La moyenne du TA du groupe de traitement s'est ainsi accrue de 0,886 point supplémentaires et sa médiane de 0,84 point de plus durant les deux premières années du PT par rapport aux deux années précédentes. Dans le même temps, le groupe de contrôle a reproduit la même augmentation de son TA moyen et médian qu'entre 2012 et 2014. En conséquence, alors que la différence d'évolution entre les deux périodes n'est pas significative pour le groupe de contrôle, elle l'est pour le groupe de

traitement. Il en résulte un effet à deux ans du traitement sur le TA de chirurgie de l'ordre de 0,9 points. Puisque les différences par établissement se distribuaient normalement dans le groupe de traitement mais pas dans le groupe de contrôle, nous avons estimé la significativité de cet effet à l'aide d'un test de Wilcoxon à deux échantillons. Ce test s'est révélé positif avec un risque d'erreur alpha inférieur à 5%. Cette accélération du rythme d'accroissement du TA dans le groupe de traitement n'a toutefois pas entraîné de rupture de la tendance commune d'évolution entre les deux groupes. À l'inverse, cette accélération différenciée a réduit l'écart d'évolution entre les deux groupes à 0,3 point en moyenne et à 0,5 point en médiane.

Tableau 4. Mesure des effets du traitement en chirurgie

Moyennes (N = 172 dans chaque groupe)						Médianes (N = 172 dans chaque groupe)					
DMS	2016	Évol.	t	Diff.	t	DMS	2016	Évol.	S	Diff.	S
Groupe de traitement	6,213	-0,177	***	-0,082	n.s.		6,062	-0,246		-0,135	
Groupe de contrôle	6,29	-0,141	***	-0,093	n.s.		6,126	-0,161		-0,219	
Écart	-0,077	-0,036		0,011		Écart	-0,064	-0,086		0,084	
t		n.s.		n.s		Z		n.s.			
TA	2016	Évol.	t	Diff.	t	TA	2016	Évol.	S	Diff.	S
Groupe de traitement	42,38%	4,808		0,886	*		41,16%	4,351	***	0,84	
Groupe de contrôle	42,42%	4,527		0,04			42,21%	4,86	***	-0,069	n.s.
Écart	-0,032	0,281		0,846		Écart	-1,046	-0,51		0,909	
t						Z		n.s.		n.s.	*
TU	2016	Évol.	t	Diff.	t	TU	2016	Évol.	S	Diff.	S
Groupe de traitement	88,70%	1,058		-3,946			88,75%	1,3	n.s.	-1,35	*
Groupe de contrôle	88,21%	2,576		-2,332			89,55%	3,6	n.s.	-0,15	n.s.
Écart	0,485	-1,519		-1,614		Écart	-0,8	-2,3		-1,2	
t		n.s.				Z		n.s.		n.s.	
<i>Statistiques</i>	<i>Tests correspondants</i>					<i>n.s. : différence non significative</i>					
t	Student					* <i>p</i> < 0.05					
Z	Wilcoxon à deux échantillons indépendants					** <i>p</i> < 0.01					
S	Rangs signés					*** <i>p</i> < 0.001					

Il n'y a pas en revanche d'effet perceptible à deux ans de l'inclusion dans le groupe d'établissements accompagnés par l'ANAP sur les deux autres indicateurs chirurgicaux. La DMS des deux groupes a suivi entre 2014 et 2016 le même rythme de diminution qu'entre 2012 et 2014. Pareillement, bien que le TU du groupe de traitement ait ralenti sa progression de près de 4 points en moyenne et de 1,35 points en médiane, ce ralentissement n'a pas entraîné d'écart significatif avec celui du groupe de contrôle.

En médecine, au contraire, l'effet observable des instruments de NGP déployés par l'ANAP n'a porté que sur la DMS. Les résultats présentés dans le tableau 5 ci-dessous

signalent que le groupe de traitement est sorti, avec une réduction de sa DMS de l'ordre de 0,1 jour, de l'atonie constatée en période *ex ante* sur cet indicateur, tandis que le groupe de contrôle y est demeuré. Cette évolution différenciée de la DMS durant les deux premières années du PT a même provoqué une rupture de la tendance commune entre les deux groupes sur cet indicateur, puisque leur évolution apparaît comme statistiquement significative sur la période *ex post*. Pour le TA en revanche, l'inflexion de tendance par rapport à la période précédente a été commune aux deux groupes, ce qui n'a donc pas entraîné d'écarts significatifs entre les deux groupes. Concernant le TU, seul le groupe de contrôle a connu une évolution significative de cet indicateur. Cette évolution n'a cependant pas été assez forte pour induire un différentiel de progression significatif avec le groupe de traitement, ni pour rompre la communauté de tendance avec celui-ci.

Tableau 5. Mesure des effets du traitement en médecine

Moyennes (N = 181 dans chaque groupe)						Médianes (N = 181 dans chaque groupe)					
DMS	2016	Évol.	t	Diff.	t	2016	Évol.	S	Diff.	S	
Groupe de traitement	6,415	-0,077		-0,096		6,277	-0,108	***	-0,106	*	
Groupe de contrôle	6,41	-0,016		0,063		6,132	-0,176	n.s.	-0,034	n.s.	
Écart	0,005	-0,062		-0,16		Écart	0,145	0,068	-0,073		
t						Z	n.s.	*	*		
TA	2016	Évol.	t	Diff.	t	2016	Évol.	S	Diff.	S	
Groupe de traitement	19,31%	1,26		1,752		17,16%	0,666	***	1,071	***	
Groupe de contrôle	21,19%	1,507		1,674		19,00%	1,141	***	1,35	***	
Écart	-1,874	-0,247		0,078		Écart	-1,839	-0,475	-0,279		
t						Z	n.s.	n.s.	n.s.		
TU	2016	Évol.	t	Diff.	t	2016	Évol.	S	Diff.	S	
Groupe de traitement	81,14%	0,065		0,152		80,9%	0,5	n.s.	0,4	n.s.	
Groupe de contrôle	79,81%	0,302		0,681		80,10%	1,2	*	2,1	*	
Écart	1,331	-0,237		-0,528		Écart	0,8	-0,7	-1,7		
t						Z	n.s.	n.s.	n.s.		
Statistiques	Tests correspondants					<i>n.s.</i> : différence non significative					
t	Student					* <i>p</i> < 0.05					
Z	Wilcoxon à deux échantillons indépendants					** <i>p</i> < 0.01					
S	Rangs signés					*** <i>p</i> < 0.001					

Au global, les instruments de NGP mis en œuvre par l'ANAP au cours du PT ont donc bien eu un effet d'accélération de la transformation ambulatoire des établissements de santé à relativement court terme – deux ans. Toutefois, cet effet est demeuré partiel, puisqu'il n'a concerné que deux paramètres de cette transformation : le TA en chirurgie et la DMS en médecine. Répondre à notre question sur la supériorité des instruments de NGP sur les

instruments de NMP dans ce cas revient donc à se demander si cet effet partiel à court terme a suffi à entraîner un impact positif sur l'équilibre économique des établissements de santé comparable à celui des instruments de NMP.

Une absence de supériorité des instruments de NGP. Toutefois, avant de comparer l'impact économique des instruments de NGP à celui des instruments de NMP, il convient tout d'abord de vérifier l'existence de cet impact dans le cas du PT. Or, notre analyse des différences de différences sur le TMB suggère que cet impact ne s'est pas produit. En effet, les résultats de cette analyse, présentés dans le tableau 6 ci-dessous, montrent qu'il n'y a pas d'écart significatif entre le différentiel d'évolution du TMB dans le groupe de traitement et dans le groupe de contrôle durant les deux années précédant et suivant le lancement du PT. Le groupe de traitement et groupe de contrôle ont connu durant les deux premières années du PT – de fin 2014 à fin 2016 – une dégradation similaire de leur TMB, qui a été statistiquement comparable à celle qu'ils avaient subie pendant les deux années antérieures au PT. Sur cette période totale de quatre ans, la tendance commune à la dégradation du TMB s'est par conséquent maintenue.

Tableau 6. Mesure de l'impact du traitement sur le TMB

Moyennes	2012	2014	Évol. ex ante	t	2016	Évol. ex post	t	Différence	t	N
Groupe de traitement	6,90%	5,77%	-1,131		5,06%	-0,702		0,429		151
Groupe de contrôle	7,50%	6,09%	-1,408		5,19%	-0,901		0,507		181
<i>Ecart</i>	-0,599	-0,322	0,277		-0,124	0,199		-0,078		
<i>t</i>										
Médianes	2012	2014	Évol. ex ante	S	2016	Évol. ex post	S	Différence	S	
Groupe de traitement	6,50%	5,7%	-0,8	***	5,2%	-0,5	**	0,3	n.s.	151
Groupe de contrôle	7,80%	5,8%	-2	***	5,1%	-0,7	***	1,3	n.s.	181
<i>Ecart</i>	-1,3	-0,1	1,2		0,1	0,2		-1		
<i>Z</i>	**	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.		n.s.		
<i>Statistiques</i>	<i>Tests correspondants</i>					<i>n.s. : différence non significative</i>				
<i>t</i>	<i>Student</i>					<i>* p < 0.05</i>				
<i>Z</i>	<i>Wilcoxon à deux échantillons indépendants</i>					<i>** p < 0.01</i>				
<i>S</i>	<i>Rangs signés</i>					<i>*** p < 0.001</i>				

Cet absence d'impact à court terme des instruments de NGP du PT sur le TMB des établissements de santé pourrait provenir soit de la partialité des effets de transformation induits par les instruments de NGP dans ce cas, soit de l'absence de corrélation entre les transformations visées par ces instruments et l'objectif de préservation de l'équilibre

économique des établissements de santé. Dans la première éventualité, l'absence de supériorité constatée des instruments de NGP proviendrait d'un problème d'efficacité, alors que dans la seconde, cette absence de supériorité résulterait d'un défaut de pertinence des transformations envisagées par rapport aux objectifs recherchés.

Les résultats de notre modélisation sur données de panel pointent vers cette seconde option. Mais, avant de préciser comment ces résultats nous aident à identifier les causes de l'absence de supériorité des instruments de NGP dans le cas du PT, il est d'abord nécessaire de constater l'absence de colinéarité critique entre les variables des modèles. Celle-ci peut être vérifiée dans le tableau 7, puisqu'aucun coefficient de corrélation linéaire entre variables différentes n'atteint le seuil critique de 0,8.

Tableau 7. Statistiques descriptives du panel d'établissements (N = 244) et coefficients de corrélation entre variables indépendantes des modèles

Variables	Moyenne	Écart-type	Min.	Max.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
[1] TA en chirurgie	41,05	10,64	4,25	88,48	1											
[2] DMS en chirurgie	6,20	1,09	2,59	11,69	-0,49	1										
[3] TU en chirurgie	85,91	19,27	35,8	215,9	-0,28	0,40	1									
[4] TA en médecine	20,22	9,47	5,38	64,08	-0,12	0,22	0,07	1								
[5] DMS en médecine	6,35	0,87	2,98	10,97	0,08	0,11	-0,03	-0,25	1							
[6] TU en médecine	81,42	10,48	49,6	133,9	0,21	-0,11	-0,25	-0,20	0,37	1						
[7] Coût du personnel non médical des services cliniques*	27,10	3,81	13,9	37,7	-0,02	0,01	0,08	-0,32	0,11	-0,03	1					
[8] Coût du personnel médical des services cliniques*	10,87	2,69	5,4	24,8	0,28	-0,29	-0,20	-0,25	-0,01	0,07	0,38	1				
[9] Coût du personnel des services médico-techniques*	17,37	4,05	6,8	33,1	0,11	-0,25	-0,25	-0,18	0,00	0,11	-0,03	0,09	1			
[10] Dépenses administratives logistiques et techniques**	18,88	2,83	8,8	39,3	-0,11	0,00	-0,04	-0,08	0,02	0,12	-0,11	-0,07	0,30	1		
[11] Activité***	25 899	26 989	2 676	191 862	-0,33	0,40	0,39	0,50	-0,22	-0,29	-0,20	-0,43	-0,30	-0,16	1	
[12] Recette unitaire	5 630 €	778 €	3 347 €	9 989 €	-0,56	0,67	0,35	0,22	0,12	-0,15	-0,25	-0,40	-0,36	-0,08	0,50	1

* rapporté aux recettes T2A

** en pourcentage du budget total

*** en séjours et séances de médecine et de chirurgie

L'absence de colinéarité critique étant établie, nous pouvons examiner les résultats obtenus grâce à nos différents modèles, tels qu'ils apparaissent dans le tableau 8 ci-après.

Tableau 8. Estimation des paramètres des modèles explicatifs du taux de marge brute
(N = 244)

	(1)	(2)	(3)
Constante	-1,238** (0,432)	-1,517** (0,508)	-1.521** (0,508)
Coût du personnel non médical des services cliniques	-0,622*** (0,066)	-0,606*** (0,067)	-0.604*** (0,067)
Coût du personnel médical des services cliniques	-0,541*** (0,069)	-0,526*** (0,069)	-0.53*** (0,07)
Coût du personnel des services médico-techniques	-0,561*** (0,055)	-0,535*** (0,056)	-0.536*** (0,056)
Dépenses administratives logistiques et techniques	-0,137** (0,043)	-0,137** (0,043)	-0.137** (0,043)
Activité	-0,305 (0,344)	-0,584 (0,368)	-0.575 (0,37)
Recette unitaire	0,308*** (0,092)	0,339** (0,102)	0.326** (0,103)
TA en chirurgie		0,033 (0,084)	0.02 (0,089)
DMS en chirurgie		-0,088 (0,082)	-0.092 (0,083)
TU en chirurgie		0,070 (0,048)	0.07 (0,048)
TA en médecine		0,027 (0,095)	0.04 (0,097)
DMS en médecine		-0,094 (0,084)	-0.094 (0,084)
TU en médecine		0,152** (0,052)	0.141** (0,053)
TA x DMS x TU en chirurgie			0.01 (0,033)
TA x DMS x TU en médecine			-0.027 (0,026)
Test F d'absence d'effets fixes	11,76***	10,93***	10,88***
R ²	88,69 %	88,96 %	88,98 %

Note : les erreurs types apparaissent entre parenthèses

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Il peut être noté d'emblée que les effets fixes intégrés dans le premier modèle, noté (1), qui inclut uniquement les variables de contrôle, expliquent significativement mieux que le simple hasard – avec un risque d'erreur inférieur à 0,1 % – une part déjà très satisfaisante – près de

89 % – de la variance du TMB dans le panel. Toutes les variables du modèle, à l'exception de l'activité, ont une influence statistiquement significative sur le TMB. Les variables de coûts de personnel rapportés aux recettes T2A ont la plus forte influence, avec des coefficients s'échelonnant de -0,54 à -0,62. À l'inverse, la variable tarifaire, mesurée à travers la recette unitaire moyenne des séjours et séances de chirurgie et de médecine dans chaque établissement du panel, impacte positivement le TMB, quoique de manière moins forte, avec un coefficient de 0,3. Les frais généraux, calculés en pourcentage du budget total d'un établissement, affectent quant à eux négativement le TMB, mais moins fortement encore, avec un coefficient de -0,14. Au global, ce premier modèle permet de vérifier le très fort impact sur le TMB du mode de financement et d'adéquation des effectifs aux recettes hérité du NMP.

L'élévation marginale de la part expliquée de la variance du TMB liée à l'intégration des variables explicatives, constituées par les indicateurs du virage ambulatoire, dans notre deuxième modèle – noté (2) dans le tableau 8 – est très faible, puisqu'elle n'est que de 0,3 point. L'apport des variables posées comme explicatives dans notre modélisation pour la compréhension de la détermination TMB dans le panel est donc très limité. Une seule de ces variables impacte significativement le TMB : le TU des lits de médecine. Cet impact est positif, et la taille de cet effet, en valeur absolue, est du même ordre que celui des frais généraux. L'ensemble des paramètres de contrôle donne des résultats similaires à ceux du premier modèle. Ce second modèle montre par conséquent que le cadre d'organisation ambulatoire en chirurgie et en médecine, tel que défini à travers les indicateurs utilisés par le régulateur primaire et son intermédiaire, n'a pas eu d'impact significatif sur l'équilibre économique des établissements du panel de 2014 à 2016. Le TU des lits de médecine représente en effet une variable d'optimisation capacitaire qui n'est pas propre au cadre d'hospitalisation ambulatoire. L'impact du TU de médecine renforce ainsi la conclusion selon laquelle c'est l'adéquation des ressources hospitalières à l'activité, que celle-ci ait ou non été pratiquée en ambulatoire, ainsi que le niveau des tarifs perçus, qu'ils aient ou non concernés des séjours ambulatoires, qui a déterminé le TMB des établissements du panel au cours de la période étudiée. Ces résultats invitent donc à retenir la proposition selon laquelle c'est le manque de pertinence du cadre d'organisation ambulatoire pour l'équilibre d'exploitation des établissements de santé qui peut expliquer l'absence d'impact économique des instruments de NGP employés lors du PT.

Les paramètres du troisième modèle – noté (3) dans le tableau 8 – confortent cette affirmation, puisque les effets croisés des variables du cadre d'hospitalisation ambulatoire en

chirurgie comme en médecine ne sont pas significatifs. En outre, l'augmentation de 0,02 points de la part expliquée par la variance dans ce modèle est négligeable, compte tenu de l'accroissement du R^2 lié à l'ajout de toute variable. De plus, les estimations des autres paramètres demeurent très proches de celles du second modèle. Le fait que les interactions entre les variables du virage ambulatoire par secteur n'ont pas influencé le TMB dans notre panel suggère de rejeter la proposition selon laquelle c'est la partialité des effets des instruments de NGP qui expliquerait l'absence d'impact économique de ces instruments. D'après ce troisième modèle, un effet simultané sur l'ensemble des variables du cadre d'hospitalisation ambulatoire n'aurait pas eu d'impact significatif sur le TMB des établissements de santé.

Il peut donc être conclu des résultats de notre modélisation que l'absence de supériorité des instruments de NGP observable dans le cas du PT n'est pas due à un manque d'efficacité de ces instruments, mais à la faible pertinence des transformations visées par ces outils pour répondre à l'objectif d'efficience qui leur était assigné par les concepteurs du PT. En effet, bien que ces instruments aient bien provoqué à court terme une accélération de la transformation ambulatoire dans les établissements de santé accompagnés, ils n'ont pas eu les impacts économiques souhaités par les concepteurs du PT durant cette période. Le modèle de financement issu du NMP a continué à produire ses effets au cours des deux premières années du PT, indépendamment des transformations induites par les instruments de NGP. Cette conclusion nous éclaire donc sur les impacts du paradigme de la NGP à la fois pour les organisations des systèmes de santé et pour l'organisation de ces systèmes.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'exemple du PT illustre tout d'abord que les instruments de la NGP sont bien en mesure de répondre à l'une des anomalies du mode de financement issu du NMP en France : son incapacité à pénétrer le fonctionnement hospitalier afin de le transformer (Moison, 2012, 2013). Les instruments de NGP déployés durant le PT ont bien eu un effet de transformation à court terme – deux ans – sur ce fonctionnement, en accélérant l'évolution de deux des paramètres du virage ambulatoire dans les établissements accompagnés par l'ANAP : l'augmentation du TA en chirurgie et la diminution de la DMS en médecine. Ce premier résultat pourrait laisser penser que la NGP peut constituer un paradigme supérieur pour

l'organisation des systèmes de santé, puisqu'il permet de résoudre des problématiques de transformation organisationnelle que le NMP ne sait pas traiter.

Mais, suivant la théorie de Khun (1970), la supériorité d'un paradigme sur un autre ne peut être établie que si le paradigme nouveau est également en capacité de trouver des solutions aux énigmes que l'ancien paradigme a déjà élucidées. Or, le cas du PT suggère que cette supériorité de la NGP sur le NMP n'est pas toujours vérifiée, puisque les instruments de NGP qui y ont été déployés n'ont pas répondu à l'objectif d'efficacité des concepteurs du PT. Les instruments tarifaires et d'adéquation des ressources hospitalières aux recettes d'activité hérités du NMP ont continué à avoir un impact déterminant sur l'efficacité des établissements de santé, et ce indépendamment des transformations ambulatoires provoquées par les instruments de NGP. Cet exemple montre par conséquent que la NGP ne peut pas constituer un paradigme absolument supérieur d'organisation des systèmes de santé, capable de régler à la fois l'enjeu d'efficacité déjà abordé par les instruments du NMP et l'enjeu de transformation organisationnelle auquel ces instruments peinent à répondre (Moison, 2012, 2013).

Notre étude permet ainsi de mieux comprendre pourquoi les paradigmes de l'action publique peuvent être commensurables (Gow & Dufour, 2000) dans le secteur de la santé. Dans la mesure où les paradigmes nouveaux ne se substituent pas aux anciens mais répondent seulement aux problématiques pour lesquelles ces paradigmes anciens étaient défectueux, il n'y a pas de réel changement mais plutôt une accumulation de paradigmes. Cette accumulation pose donc la question de la coexistence de plusieurs cultures administratives différentes (Henderson, 2004) en santé, chacune percevant une série d'enjeux des systèmes de santé et de solutions associées, et surtout d'un possible dialogue entre ces cultures.

Notre travail indique l'une des manières par lesquels les chercheurs en organisation des services de santé pourraient contribuer à instaurer ce dialogue. En effet, en dépit de la place primordiale occupée par les gestionnaires et décideurs publics dans l'adoption ou le rejet des paradigmes d'action publique, les chercheurs ont également un rôle à jouer afin d'éclairer ces gestionnaires et décideurs dans leur choix (Gow & Dufour, 2000). Notre analyse des impacts organisationnels des instruments de NGP dans le cas du PT montre qu'il est possible pour des chercheurs d'identifier les causes de l'absence de supériorité d'un paradigme sur un autre dans son application. Ainsi, dans le cas du PT, l'absence de supériorité des instruments de NGP n'est pas due à un manque d'efficacité de ceux-ci en matière de transformation organisationnelle, mais à la faible pertinence de ces transformations pour un objectif d'efficacité économique caractéristique du NMP.

Il convient néanmoins de souligner que cette conclusion est assise sur une étude à relativement court terme – deux ans – ne prenant pas en compte les effets et impacts des instruments de NGP sur la durée totale du PT, soit trois ans. Maintenant que les données pour l'année 2017 sont accessibles via les bases nationales, une récupération des données pour l'année 2011 permettrait d'étendre l'analyse des effets à trois ans. Cette récupération nécessite toutefois une demande *ad hoc* au gestionnaire de la base PMSI, que nous n'avons pas encore eu le temps de formuler. Cette extension du périmètre temporelle de l'analyse est une prochaine étape nécessaire pour vérifier la robustesse de nos résultats.

En outre, notre modélisation des impacts des instruments de NGP et de NMP sur la marge brute des établissements de santé ne teste pour l'instant que des relations linéaires entre les variables sur lesquels agissent ces instruments et le TMB des établissements de santé. Or, il ne peut être exclu que les transformations ambulatoires puissent impacter cet indicateur par seuils. Il est par exemple envisageable que l'atteinte d'un certain seuil de TA en chirurgie ou en médecine corresponde à la fermeture d'unités d'hospitalisation complète, et que le personnel de ces unités ne soit pas intégralement transféré dans les unités ambulatoires. Une corrélation entre l'atteinte de ce seuil et le coût du personnel non médical des services cliniques pourrait alors être observable.

Au-delà de ces pistes susceptibles d'améliorer la robustesse et la complétude de nos résultats, il est également important de tester l'hypothèse de supériorité des instruments de NGP dans d'autres cas que celui du PT. En effet, il se peut que ces instruments aient pu viser par ailleurs de transformations pertinentes en termes d'efficacité économique des établissements et des systèmes de santé. Notamment, la meilleure coordination des services de santé souvent attendue de la NGP (Fierlbeck et al., 2018) peut être une source d'efficacité. Là non plus néanmoins, ces gains d'efficacité ne peuvent pas être tenus pour évidents, car l'expérience américaine des Accountable Care Organizations prouve que les cadres organisationnels intégratifs ne sont pas systématiquement plus efficaces (Lemaire, 2017; Singer, Kerrissey, Friedberg, & Phillips, 2018).

Progresser dans l'aide à la décision en matière de choix et de combinaison de paradigmes d'action publique demande donc une interrogation plus systématique des impacts de ces choix et combinaisons sur les organisations des systèmes de santé et sur l'organisation de ces systèmes. C'est à cette tâche que pourrait contribuer une communauté scientifique dédiée à la NGP en santé. Or, à ce jour, la NGP s'est surtout traduite dans le secteur de la santé par un changement de pratiques d'action publique. Le cas du PT montre cependant que les connaissances pratiques ne suffisent pas toujours à orienter les instruments de NGP dans le

sens voulu par les décideurs publics. La constitution d'un savoir scientifique sur la NGP en santé représente donc à la fois un enjeu académique mais aussi pratique pour l'organisation des services de santé.

RÉFÉRENCES

- Abbott, K. W., Genschel, P., Snidal, D., & Zangl, B. (2015). *International organizations as orchestrators*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Abbott, K. W., Levi-Faur, D., & Snidal, D. (2017). Theorizing regulatory intermediaries: The RIT model. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 670(1), 14-35.
- Ayres, I., & Braithwaite, J. (1992). *Responsive regulation: Transcending the deregulation debate*. Oxford: Oxford University Press.
- Berend, K. (2017). The Outpatient THA: A Paradigm Change. *Bone Joint J*, 99(SUPP 7), 6-6.
- Bertrand, M., Duflo, E., & Mullainathan, S. (2004). How much should we trust differences-in-differences estimates? *The Quarterly journal of economics*, 119(1), 249-275.
- Caliendo, M., & Kopeinig, S. (2008). Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. *Journal of economic surveys*, 22(1), 31-72.
- Cazin, L. (2017). *Regrouper pour mieux gouverner ? : Le cas des hôpitaux publics français*. Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Claude Sardas et Frédéric Kletz, Paris Sciences et Lettres.
- CNAMTS. (2017). Améliorer la Qualité du Système de Santé et Maîtriser les Dépenses: Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 *Rapports Charges et Produits*. Paris: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.
- Desplat, R., & Ferracci, M. (2016). Comment évaluer l'impact des politiques publiques ? Un guide à l'usage des décideurs et praticiens. Paris: France Stratégie.
- Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP n° 2013-271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) (2013).
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Collective rationality and institutional isomorphism in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). Introduction. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis* (Vol. 17). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Djelic, M.-L., & Sahlin-Andersson, K. (2006). *Transnational governance: Institutional dynamics of regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Drahoš, P., & Krygier, M. (2017). Regulation, institutions and networks. In P. Drahoš (Ed.), *Regulatory Theory: Foundations and Applications* (pp. 1-22). Acton: Australian National University Press.
- Engel, F., Kletz, F., Moïsson, J., & Tonneau, D. (2000). *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 2. La régulation du système hospitalier*. Paris: Seli Arslan.
- Fierlbeck, K., Gardner, W., & Levy, A. (2018). New Public Governance in health care: Health Technology Assessment for Canadian pharmaceuticals. *Canadian Public Administration*, 61(1), 45-64.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la Clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Gow, J. I., & Dufour, C. (2000). Is the new public management a paradigm ? Does it matter ? *International Review of Administrative Sciences*, 66(4), 573-597.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1993). Understanding strategic change: The contribution of archetypes. *Academy of Management Journal*, 36(5), 1052-1081.
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of management review*, 21(4), 1022-1054.
- Henderson, K. M. (2004). Characterizing American public administration: The concept of administrative culture. *International Journal of Public Sector Management*, 17(3), 234-250.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Hsiao, C. (2014). *Analysis of panel data*. Cambridge, UK: Cambridge university press.
- IGF-IGAS. (2014). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France: Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales. 2014-M-034-02 (IGF) 2014-039R (IGAS).
- IGF-IGAS. (2016). Développement des prises en charge hospitalière ambulatoires de médecine: Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales. 2015-M-053(IGF) 2015-117R (IGAS).
- Kennedy, P. (2003). *A guide to econometrics*. Cambridge, MA: MIT press.
- Kuhn, T. S. (2012). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lachance, L., & Raïche, G. (2014). Analyses de Variance Univariée et Multivariée: Illustration de l'analyse des problèmes de comportement chez les jeunes ayant une déficience intellectuelle selon le sexe et le niveau de déficience. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 545 - 610). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lemaire, N. (2017). *Expériences étrangères de coordination des soins: les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis*. Secrétariat Général des Ministères Sociaux.
- Lenay, O. (2005). L'ergonomie de la gouvernementalité: Le cas du système hospitalier français. In A. Hatchuel, E. Pezet, K. Starkey & O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: L'héritage de Michel Foucault* (pp. 395-430). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Levi-Faur, D. (2011). Regulation and regulatory governance. In D. Levi-Faur (Ed.), *Handbook on the Politics of Regulation* (pp. 3-24). Cheltenham: Edward Elgar.
- Levi-Faur, D., & Starobin, S. M. (2014). Transnational politics and policy: From two way to three way interactions. *Jerusalem Papers in Regulation and Governance, working paper*, 62.
- Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*(1), 91-115.
- Moisdon, J.-C. (2013). De l'incitatif économique à la machine de gestion: le cas des établissements de santé. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*(82), 39-54.
- Moisdon, J.-C., & Tonneau, D. (1999). *La démarche gestionnaire à l'hôpital: Recherches sur la gestion interne*. Paris: Seli Arslan.
- Mörth, U. (2004). *Soft law in governance and regulation: an interdisciplinary analysis*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Osborne, S. P. (2010). *The new public governance: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Abingdon: Routledge.

- Sahlin-Andersson, K. (2004). Emergent cross-sectional soft regulations: dynamics at play in the global compact initiative. In U. Mörth (Ed.), *Soft Law in Governance and Regulation* (pp. 129-153). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Singer, S. J., Kerrissey, M., Friedberg, M., & Phillips, R. (2018). A Comprehensive Theory of Integration. *Medical Care Research and Review*, 1077558718767000.
- Wedlin, L., & Sahlin, K. (2017). The Imitation and Translation of Management Ideas. In R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence & R. E. Meyer (Eds.), *The Sage handbook of organizational institutionalism* (2nd ed., pp. 102-127). London: Sage Publications.