



HAL
open science

Parcours de soins et politiques publiques : vers un nouveau régime de gouvernementalité de la santé ?

Isabelle Aubert, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas

► To cite this version:

Isabelle Aubert, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas. Parcours de soins et politiques publiques : vers un nouveau régime de gouvernementalité de la santé ?. 10ème colloque AIRMAP, May 2021, Clermont-Ferrand, France. hal-03269248

HAL Id: hal-03269248

<https://hal.science/hal-03269248>

Submitted on 23 Jun 2021

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

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

Parcours de soins et politiques publiques : vers un nouveau régime de gouvernamentalité de la santé ?

Auteurs :

- Isabelle AUBERT, doctorante, isabelle.aubert@mines-paristech.fr
- Frédéric KLETZ, enseignant-chercheur, frederic.kletz@mines-paristech.fr
- Jean-Claude SARDAS, enseignant-chercheur, jean-claude.sardas@mines-paristech.fr.

Centre de Gestion Scientifique - Mines ParisTech
60 boulevard Saint-Michel 75 006 PARIS
Tél : 01-40-51-91-08

Personne à contacter : Frédéric KLETZ

Mots-clé : gouvernamentalité - politiques publiques - santé – parcours –
décloisonnement.

RESUME

La logique de parcours imprègne les réformes de l'organisation et du financement du système de santé depuis une quinzaine d'années. Elle s'inscrit dans le prolongement des efforts menés depuis plusieurs décennies pour améliorer la continuité et la cohérence des prises en charge des patients. Notre objectif est d'analyser les évolutions de l'action publique sanitaire qui s'est réclamée de cette logique dès la fin des années 2000 : comment celle-ci se transforme-t-elle, et quels sont les éléments de continuité et de rupture par rapport aux politiques antérieures ? Pour répondre à ces questions, nous mobilisons le cadre d'analyse foucauldien des « régimes de gouvernementalité » (Aggeri, 2005), en privilégiant l'étude des instruments déployés par les pouvoirs publics (Lascoumes et Simard, 2011). Nous souhaitons montrer comment les politiques publiques sanitaires se cristallisent historiquement dans des régimes successifs, articulant une rationalité dominante et une instrumentation. Notre méthodologie est qualitative, et s'appuie sur une étude longitudinale des politiques publiques sanitaires (Langley et al., 2013) et une étude de cas (Yin, 2014) sur le déploiement d'un outil numérique de coordination par une Agence Régionale de Santé. Nos résultats mettent en lumière la succession historique de quatre régimes de gouvernementalité sanitaire, dont nous définissons les caractéristiques, ainsi que l'incomplétude et l'incohérence partielle du régime actuel.

Mots-clé : gouvernementalité - politiques publiques - santé – parcours – décloisonnement.

ABSTRACT

The logic of pathway overcomes the reforms about organization and funding of the health system since about fifteen years. It draws out approaches developed for many decades, in order to improve the continuity and the consistency of care. Our aim is to analyse the evolutions of the health public action, which appealed to this logic since the end of the 2000's : how does this action change, and what are the elements of continuity and breaks regarding former policies ? In order to answer to these questions, we rely on a Foucauldian analysis frame, « the form of governmentality » (Aggeri, 2005), and focus on the study of instruments introduced by public authorities (Lascoumes and Simard, 2011). We wish to show how historically the health public policies constitute themselves into successive forms, who joint a dominant rationality and an instrumentation. Our methodology is qualitative, and rests on a processual study of health public policies (Langley et al., 2013) and a case study (Yin, 2014) about the deployment of a digital coordination tool by a Regional Health Agency. Our results draw light on the historical succession of four

forms of governmentality, for which we define characteristics, and the inadequacy and partial inconsistency of the actual form.

Key words : governmentality – public policies – health – pathway – breaking down.

INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, la notion de parcours s'est imposée comme une nouvelle catégorie de l'action publique (Chéronnet, 2016, Jaeger, 2017). Répandue dans de nombreux domaines – formation, insertion, action sociale... –, c'est sans doute dans le champ sanitaire que la logique de parcours s'est le plus imposée comme un « véritable leitmotiv » des politiques publiques (Tabuteau, 2013) : elle se définit par sa transversalité et le dépassement des frontières traditionnelles, et notamment celle séparant la ville et l'hôpital. Promouvoir cette approche est présenté comme le moyen de rompre avec un système dont le cloisonnement, favorisé par des catégorisations juridiques différentes, un éclatement des dispositifs de régulation et la prédominance du financement à l'acte, serait générateur de surcoûts et de perte de qualité (Minvielle, 2018). A l'opposé de la logique à l'acte, l'approche en termes de parcours décrit une prise en charge globale et coordonnée, répondant aux enjeux de continuité et de cohérence du système de santé (Bloch et al., 2011).

Son déploiement repose sur un ensemble de schémas cognitifs et de dispositifs techniques visant à les opérationnaliser, qui concrétisent ce que Bloch et Hénaut (2014) qualifient de « changement de paradigme », au sens d'une remise en cause des catégories de l'action publique et du fonctionnement du système d'aides et de soins. L'objectif de la présente communication est de préciser les effets de ce changement de paradigme sur les politiques publiques : en quoi le développement et l'adoption de la logique de parcours transforment-elles l'action publique sanitaire ? Les outils déployés par les pouvoirs publics sont-ils adéquats par rapport aux objectifs annoncés et quels sont leurs effets ? Comment la promotion de l'approche parcours s'articule-t-elle avec d'autres politiques structurant le champ sanitaire ? Quels sont les éléments de continuité et de rupture par rapport aux politiques antérieures ? Les enjeux associés à ces questions renvoient à la compréhension d'une nouvelle posture de l'Etat en matière de politique de santé, ainsi qu'à l'évaluation de la cohérence et de l'efficacité de cette nouvelle approche.

A l'instar de l'étude d'Aggeri (2005) sur les politiques publiques dans le domaine de l'environnement, ou des travaux de Lenay (2001), Cazin (2017) et Baly (2019) sur le champ hospitalier, nous mobilisons le cadre d'analyse des « régimes de gouvernementalité », issu des travaux de

Foucault (2004), pour traiter ces questions. Définie de manière générique comme la « conduite des conduites », la gouvernementalité « renvoie à tous les efforts destinés à donner forme, guider ou diriger la conduite de soi ou celles des autres » (Aggeri, 2005). Ses caractéristiques en tant que cadre d'analyse, qui conjuguent reconnaissance de la liberté des acteurs, réflexivité des pratiques de gouvernement conduisant à leur évolution au cours du temps, et réflexion sur les conditions historiques d'émergence de nouveaux régimes, se prêtent particulièrement bien à l'étude longitudinale de politiques de santé marquées par des reformulations régulières des enjeux du système de santé et la mobilisation de techniques de régulation diversifiées, non réductibles à l'exercice d'un pouvoir disciplinaire sur les acteurs. Nous mobilisons cette grille d'analyse pour caractériser les différents régimes de gouvernementalité de la santé qui se sont succédé et parfois chevauchés dans le temps. Dans ce cadre général, notre analyse privilégiera l'étude des instruments mobilisés par les politiques publiques, afin d'analyser leur contenu sans se limiter aux discours et aux intentions des décideurs (Lascoumes et le Galès, 2005, Halpern et al., 2014, Lascoumes et Simard, 2011). Considérés comme un « excellent traceur de l'évolution des politiques publiques » (Beulque et al., 2016), les instruments constituent une porte d'entrée heuristique pour étudier l'évolution de ces politiques dans le champ de la santé. Notre approche ciblera les instruments de coordination déployés par les pouvoirs publics pour favoriser le décloisonnement entre les secteurs et la coopération entre les professionnels.

Notre méthodologie est qualitative, et articule deux angles d'analyse. Nous menons d'une part une étude longitudinale (Langley et al., 2013) permettant de mettre en perspective les mutations historiques du gouvernement de la santé, à travers l'analyse des évolutions conjointes de la doctrine publique et de ses instruments. Notre analyse repose sur la littérature existante en sciences de gestion, sciences politiques et en sociologie sur l'histoire des politiques de santé en France, couplée à l'étude d'un ensemble de rapports, textes juridiques et dossiers de presse publiés dans le champ sanitaire. Nous nous appuyons d'autre part sur une étude de cas (Yin, 2014) relative au déploiement du programme e-parcours par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Celle-ci nous permet d'appréhender les formes concrètes et les difficultés des politiques inspirées par la logique du parcours.

Notre recherche vise à définir le régime d'action publique qui sous-tend l'approche en termes de parcours, à analyser sa complétude, sa cohérence et son efficacité, et à caractériser son articulation avec d'autres modalités de gouvernement de la santé. Sur ce fondement, nous tentons de préciser en quoi il produit effectivement une transformation des modalités et de la posture de l'action publique dans le champ sanitaire.

CADRE THEORIQUE

Nous présentons la notion de régime de gouvernementalité (section 1), avant de préciser l'intérêt pour l'analyse des politiques publiques de l'approche généalogique et instrumentale que nous retenons dans ce cadre (section 2).

Section 1 : Le concept de gouvernementalité et l'approche en termes de régimes

Le concept de gouvernementalité, mobilisé dans des travaux de sciences politiques et de sciences de gestion, a été théorisé par Michel Foucault lors de ses cours au Collège de France entre 1978 et 1980. Son élaboration marque une inflexion dans la pensée de Foucault : alors que ses précédents écrits dénonçaient le pouvoir comme une autorité centralisatrice, appuyée sur les grands appareils d'Etat, contraignante et au besoin répressive, Foucault s'éloigne alors de cette vision, au profit d'une étude des mécanismes de pouvoir diffusés au sein de la société (et pas seulement localisés au sein des appareils d'Etat), et dont il conteste la fonction exclusivement autoritaire. En effet, loin d'être purement répressif, le pouvoir crée aussi du savoir et organise la société, afin qu'elle développe certaines propriétés. Foucault veut donc saisir le pouvoir sous l'angle de ses pratiques concrètes, en proposant une analyse des actes par lesquels s'opérationnalise le gouvernement des sujets et des populations (Lascoumes, 2004).

Le concept de gouvernementalité répond à cette ambition. Il renvoie à la forme de rationalité politique dont Foucault situe l'émergence au cours du XVIIème siècle et l'aboutissement au XVIIIème siècle. A ce point de rupture, la conception du pouvoir se détache d'une vision centrée sur la définition d'un savoir-faire destiné à conquérir et conserver le pouvoir, dominante depuis Machiavel et *Le Prince* ; le pouvoir acquiert une nouvelle rationalité politique, qui vise à organiser la population pour qu'elle développe certaines activités et produise de la richesse. Pour exprimer cette nouvelle rationalité, le pouvoir s'appuie sur deux éléments fondamentaux : une série d'appareils spécifiques de gouvernement, et un ensemble de savoirs ou de systèmes de connaissances. Foucault (1978) proposera dans un second temps une approche plus générale de la gouvernementalité comme cadre d'analyse des pratiques de gouvernement. Celui-ci peut lui-même être mobilisé de deux manières. Il constitue d'une part une grille d'analyse permettant de caractériser une politique publique selon plusieurs critères - son objet, la manière de définir les sujets, l'outillage gestionnaire associé...- et d'autre part, une forme d'action de l'Etat, la « conduite des conduites » (Rose, 1999, cité par Aggeri, 2005), visant à orienter les comportements plutôt qu'à les conformer (Cazin, 2017), et renvoyant tant au « gouvernement de soi » de l'Etat qu'à celui

des sujets auxquels s'applique l'action étatique. Dans la suite de notre propos, nous mobilisons cette double acception, au service de l'analyse des politiques publiques sanitaires.

Afin de préciser le contenu de la grille d'analyse fondée sur la gouvernementalité, nous retenons une approche en termes de « régimes », à l'instar des travaux menés par Aggeri (2005) et Beulque et al. (2016) sur les politiques de l'environnement. Quatre éléments permettent de caractériser un régime de gouvernementalité : « une classe d'objets de gouvernement définie par ses sources et ses effets, ses incertitudes et ses interdépendances ; des cibles de gouvernement qui sous-tendent l'action collective ; un régime de visibilité, c'est-à-dire la manière et les moyens (techniques, dispositifs) dont des objets de gouvernement et des gouvernés sont objectivés sur le plan scientifique, technique et économique ; des formes de gouvernement, c'est-à-dire la manière dont on peut qualifier les modes de relation entre gouvernants et gouvernés (coopération, incitation, négociation, etc), ainsi que les effets des tactiques et les techniques de gouvernement utilisées (instruments, outils, etc) » (Aggeri, 2005). Ce sont le contenu, la cohérence entre ces différentes dimensions et leur complétude qui permettent d'acter l'existence d'un régime de gouvernementalité. Comme l'ont montré les travaux déjà cités, un régime existe rarement à l'état pur, et l'analyse des politiques publiques met en exergue des chevauchements et une hybridation des régimes, avec des changements de dominante plutôt que des phénomènes de substitution d'un régime à l'autre.

Section 2 : Une double approche, généalogique et instrumentale

De nombreux travaux dans le champ de la santé, en particulier ceux menés au CGS, ont mobilisé le concept de gouvernementalité. Ainsi, Lenay (2001), Cazin (2017) et Baly (2019) proposent une lecture des politiques hospitalières à l'aune de ce concept, qui leur permet de caractériser la manière dont les pouvoirs publics conceptualisent les objets de ces politiques, les performances attendues, et leurs relations avec les régulés, et opérationnalisent ce cadre d'analyse par le déploiement d'un certain nombre d'outils. L'articulation entre les formes de gouvernement de l'hôpital (planification, régulation, organisation ou stimulation de l'exploration collective, selon les auteurs) est également interrogée. Si selon Cazin (2017), ces différentes formes sont caractérisées par des choix parfois contradictoires, Baly (2019) relève que la logique de parcours tend à opérer un rapprochement entre elles, grâce au partage d'une rationalité commune, qui est la coordination des soins ; la promotion de la logique de parcours conduirait en effet les pouvoirs publics à ré-orienter les outils des formes traditionnelles de régulation (planification et tarification) au service de la coordination inter-professionnelle et inter-organisationnelle. De leur côté, Smits et al. (2016) appliquent le concept de gouvernementalité à

l'étude de la prise en compte de la santé dans les politiques publiques au Québec, et proposent un approfondissement des différentes dimensions d'un régime de gouvernementalité. Ferlie et al. (2012) mettent en avant l'apport de la gouvernementalité pour comprendre l'émergence d'une nouvelle identité des cliniciens chargés de manager des réseaux de santé en cancérologie, que des approches traditionnelles, de type prédominance professionnelle ou New Public Management, peinent à expliquer.

D'une manière générale, ces différentes contributions exploitent la capacité de la gouvernementalité à rendre compte de processus d'action collective diffus et distribués entre de nombreux acteurs. Néanmoins, elles n'adoptent pas une perspective historique longue et ne rendent donc pas suffisamment compte de la manière dont les différentes politiques publiques sanitaires se sont cristallisées et ont fait système dans des régimes tels que décrits ci-dessus, et comment ces régimes se sont succédé et articulés, en se chevauchant et se contredisant éventuellement. C'est ce point de vue que nous adopterons dans notre analyse des régimes de gouvernementalité sanitaire. A cette occasion, nous nous interrogerons aussi sur la cohérence du régime en cours de constitution autour de la logique parcours. L'hybridation des outils et des doctrines observée par Baly (2019) ne suffit en effet pas à elle seule à garantir la cohérence et la complétude d'un régime de gouvernementalité.

Notre analyse des régimes de gouvernementalité mettra particulièrement en exergue les instruments déployés par les pouvoirs publics. Cette approche est cohérente avec l'accent mis par Foucault sur l'importance de l'instrumentation dans l'art de gouverner. Celle-ci permet en effet de saisir les politiques dans leur matérialité, au-delà du volontarisme des acteurs et des discours, et de comprendre les transformations de l'Etat à travers ses pratiques (Lascoumes et Simard, 2011, Halpern et al., 2014). Nous retenons comme définition d'un instrument d'action publique celle proposée par Lascoumes et Le Galès (2005) : « Un instrument d'action publique constitue un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur ». Les instruments révèlent ainsi la théorisation du rapport entre le gouvernant et les gouvernés dont ils sont issus, et plus globalement la conception de la régulation, dont ils assurent l'opérationnalisation ; ils constituent en ce sens une porte d'entrée heuristique pour appréhender les différentes dimensions d'un régime de gouvernementalité, justifiant l'analyse longitudinale et systématique de leur sélection par les pouvoirs publics, exposée dans la présente communication.

METHODOLOGIE

Notre étude s'appuie sur une méthodologie qualitative, qui articule une analyse longitudinale des politiques publiques dans le champ de la santé (section 1) et une étude de cas relative au déploiement d'un programme national lancé par le ministère, le projet e-parcours (section 2).

Section 1 : une étude longitudinale des politiques publiques sanitaires

- **Collecte du matériau**

Afin de caractériser le régime de gouvernementalité dans lequel la promotion de la logique du parcours s'inscrit, nous avons mené une étude historique des politiques publiques sanitaires depuis la fin du XVIII^{ème} siècle. Cette période est caractérisée par la création d'un embryon de service public sanitaire, incarné par les officiers de santé, dont la fonction a été instaurée en 1793. A posteriori, cet événement se révèle doublement marquant : il manifeste d'une manière inédite la volonté de l'Etat d'investir l'organisation des soins et il porte en germe certaines des caractéristiques profondes de notre système de santé, en particulier la méfiance qui affecte les relations entre l'Etat, et plus tard l'assurance-maladie, et la médecine de ville (Tabuteau, 2013). 1793 apparaît ainsi comme une date fondatrice dans la compréhension de l'organisation du système de santé français.

Sur l'ensemble de la période étudiée, nous inscrivons notre analyse dans le prolongement de celles réalisées par d'autres auteurs en sciences de gestion sur l'outillage des politiques publiques, et celles des politistes et des sociologues sur la constitution des enjeux publics de santé et leurs modalités de traitement.

De manière plus spécifique, afin de caractériser la période qui s'ouvre au début des années 2000, marquée par l'émergence puis l'omniprésence de la logique du parcours dans le référentiel de l'action publique sanitaire, nous avons étudié deux types de matériaux : les rapports annuels du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) entre 2004 et 2020 et les sources documentaires officielles du ministère de la santé. Instance de réflexion et de propositions mise en place fin 2003, le HCAAM a largement contribué à la mise en visibilité de cette notion de parcours et à son extension au-delà de son périmètre initial, centré sur le parcours de soins coordonnés (Bloch et Hénaut, 2014). Ses rapports apparaissent ainsi particulièrement éclairants pour comprendre les inflexions de la doctrine publique sanitaire, et les caractéristiques du régime mis en place depuis une vingtaine d'années.

Nous avons par ailleurs mobilisé des sources classiques, constituées des principaux textes juridiques (lois et certains décrets d'application) promulgués depuis vingt ans dans le champ sanitaire, et certains dossiers

de presse les accompagnant, ainsi que la documentation ministérielle sur les expérimentations menées sur le fondement de l'article 51 de la LFSS pour 2018, disponible sur le site internet du ministère de la santé et des solidarités. A travers l'étude des appels à manifestation d'intérêt et des cahiers des charges des expérimentations nationales pilotées directement par les pouvoirs publics, nous avons cherché à comprendre comment la nouvelle doctrine sur les parcours était déclinée de manière opérationnelle.

- **Analyse**

Notre analyse s'inscrit dans la lignée des « process studies » (Langley et al., 2013). Elle vise à identifier des périodes historiques témoignant d'une certaine unité de pensée et d'action dans les politiques publiques. Cette unité, bien que souvent relative, nous conduit à caractériser un régime de gouvernement sanitaire, dont nous définissons les dimensions (cf ci-dessus). Les délimitations temporelles des régimes ont été établies sur la base du repérage d'inflexions dans les dynamiques des politiques publiques. Les ruptures sont en effet rares, et le passage d'un régime à l'autre comporte autant d'éléments de permanence que de discontinuités. Celles-ci, qui se manifestent au niveau des doctrines et/ou de l'instrumentation, permettent néanmoins d'acter un changement de régime. Le changement de doctrines et d'instrumentation n'est pas toujours concomitant : certaines nouvelles doctrines tardent à s'opérationnaliser en l'absence d'instruments adéquats pour les traduire, et l'introduction de certains instruments témoignent d'une évolution officieuse de la doctrine, en attente d'une formalisation explicite.

Section 2 : une étude de cas (Yin, 2014) : le déploiement du programme e-parcours en Ile-de-France

Afin d'apprécier comment la logique de parcours se décline dans les politiques publiques, nous avons étudié la stratégie de déploiement du programme national e-parcours en Ile-de-France. Lancé en 2017 par le ministère de la santé, ce projet a pour ambition de déployer des services numériques territoriaux, en appui d'organisations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées. Sa mise en œuvre a été déléguée aux ARS, en charge d'accompagner des territoires dans l'expérimentation de ces outils numériques. Nous intervenons sur ce projet dans le cadre d'un partenariat avec l'ARS Ile-de-France, débuté en octobre 2018.

- **Collecte du matériau**

Nous nous sommes intéressés au déploiement du programme e-parcours dans deux territoires (1 et 2) sélectionnés par l'ARS dans le cadre d'appels à projets lancés en 2017 et 2018. Ces deux territoires se sont portés volontaires pour utiliser une plateforme numérique régionale de partage et d'échanges d'informations « Terr-esanté », au service d'une meilleure

coordination des parcours de leurs patients. La réponse aux appels à projets a été portée par des regroupements d'acteurs, composés de la médecine de ville, d'établissements sanitaires et médico-sociaux, et de dispositifs d'appui à la coordination (réseau, MAÏA¹ et CLIC²). Entre la fin de l'année 2018 et mars 2021, nous avons pu accompagner le projet, et nous entretenir avec les porteurs du projet dans les deux territoires, les autorités de tutelle (siège de l'ARS et délégation départementale), les représentants territoriaux du Groupement d'Intérêt Public (GIP) Sesan en charge du suivi technique et de la formation des utilisateurs de Terr-esanté, et les chefs de projet e-parcours, nouvelle figure d'acteurs positionnée par les pouvoirs publics pour conduire le déploiement du projet au sein de chaque territoire (ces derniers acteurs ont été interviewés dans nos deux territoires d'étude et un troisième, également en Ile-de-France). La liste détaillée des 47 entretiens réalisés figure en annexe. Nous avons par ailleurs assisté à de nombreuses réunions des instances de gouvernance du projet et à des rencontres avec les professionnels des territoires, organisées par les chefs de projet e-parcours et/ou les référents Sesan, visant à leur présenter Terr-esanté et à partager sur ses usages possibles dans le cadre de leur activité professionnelle.

- **Analyse**

L'ensemble des entretiens et des réunions a fait l'objet d'une prise de notes détaillée, puis d'une retranscription sans codage. Nous avons analysé la conduite du projet par l'ARS, en termes stratégique et opérationnel. Notre objectif était de cerner la cohérence de la politique menée, ses objectifs et l'évolution éventuelle de la stratégie de déploiement du projet, ainsi que ses effets sur le terrain. Nos échanges avec les professionnels nous ont permis d'affiner notre compréhension de ce dernier aspect, et en particulier de mieux appréhender comment les représentants de l'Agence et les professionnels ont inter-agi autour du programme, et comment les chefs de projet se sont positionnés pour peser sur ces interactions et orienter la conduite du projet selon le contexte territorial.

RESULTATS

Nous distinguons quatre périodes dans l'évolution de l'action publique sanitaire, caractéristiques de quatre régimes de gouvernabilité décrits ci-dessous.

¹ Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

² Centre Local d'Information et de Coordination

1. De la fin du XVIIIème siècle à la fin des années 1920 : le régime de la prévoyance ou la santé conceptualisée comme une responsabilité individuelle.

De la fin du XVIIIème siècle à la fin des années 1920, un régime de gouvernementalité sanitaire dominé par l'idéologie contemporaine libérale de la prévoyance, qui appréhende la santé comme une responsabilité individuelle des citoyens, émerge et se structure autour d'une action publique limitée.

- **Une action publique restreinte dans ses objectifs et ses instruments**

Les cibles de gouvernement privilégiées au cours de cette période concernent la santé des indigents et l'hygiène publique. Elles mobilisent un éventail d'instruments circonscrit et essentiellement juridique, dont l'application est parfois incertaine.

La prise en charge de la santé des indigents par l'Etat se traduit par l'instauration en 1793 de sociétés de secours, chargés de leur distribuer des secours et de veiller à la protection de leur santé, mission confiée à un nouveau corps professionnel, les officiers de santé, qui exercent leurs fonctions gratuitement, tout en étant rémunérés par les pouvoirs publics. Perçus comme des concurrents par les docteurs en médecine, les officiers de santé seront finalement supprimés par la loi Chevandier en 1892, au terme d'un long combat politique menés par les docteurs en médecine, qui obtiendront simultanément le monopole de l'exercice de la médecine et la mise en retrait de l'Etat sur les questions d'organisation des soins. Un domaine continue toutefois de mobiliser l'action étatique, celui de la santé publique. L'hygiène publique connaît en effet au XIXème siècle un essor favorisé par le progrès des connaissances scientifiques sur les risques sanitaires et les liens entre conditions de vie et santé (Allamel-Raffin et Leplège, 2008), grâce aux travaux de pionniers, tels que ceux de Villermé sur la condition sanitaire des ouvriers, et les découvertes de Pasteur en France et de Koch en Allemagne sur les mécanismes de transmission des maladies infectieuses et la vaccination. Légitimée par ces développements scientifiques, et stimulée par la survenue de plusieurs épidémies de choléra, l'action publique se saisit de la santé des populations, en promulguant une série de lois relevant de la « police sanitaire » : création d'un conseil consultatif d'hygiène publique et de conseils locaux (1848), loi sur les logements insalubres autorisant les autorités municipales à imposer des travaux aux propriétaires des logements insalubres et à en interdire la location (1850), installation du tout à l'égout à Paris, imposition de la vaccination anti-varioloque (1902)...

- **Un paradigme dominé par l'idéologie libérale de la prévoyance, mais l'émergence progressive d'une nouvelle rationalité**

Ces réalisations, dont l'application sera parfois partielle, restent toutefois à l'écart d'un enjeu majeur, celui du financement des soins. En effet, la prédominance de l'idéologie libérale entraîne le choix d'une politique de prévoyance individuelle au détriment d'une politique assurantielle collective (Ewald, 1996). Selon le paradigme libéral, l'insécurité est consubstantielle à la liberté et se prémunir contre les risques, dont celui de tomber malade, est une affaire personnelle, dans laquelle les pouvoirs publics ne doivent pas interférer. Signe du retrait de l'Etat, la santé n'est érigée en ministère autonome qu'en 1920, avec des effectifs réduits.

La fin du XIX^{ème} siècle prépare néanmoins un changement de paradigme. Face au développement massif du paupérisme, devenu un fait social majeur, détachable de toute responsabilité individuelle, une nouvelle manière de penser le rapport entre les individus et la société autour de la notion de risque s'impose, et devient la matrice générale pour penser les problèmes sociaux et leur donner une solution institutionnelle moderne, à savoir les assurances (Ewald, 1996). Celles-ci permettent d'établir un régime d'indemnisation, dans un cadre contractuel non fautif, d'une série de problèmes sociaux, tous appréhendés comme des risques : la maladie, le chômage et la vieillesse (Rosanvallon, 1995).

Sur ce fondement conceptuel et sous l'effet de la réintégration au lendemain de la première guerre mondiale de l'Alsace-Lorraine, qui bénéficie d'un régime d'assurances obligatoires, un projet de loi est déposé en 1921, visant à rémunérer les médecins à partir d'une enveloppe globale déterminée par les caisses d'assurance maladie. Ce projet suscite l'opposition des syndicats de médecins, à l'origine de la rédaction en 1927 d'une charte, rappelant l'attachement de la médecine libérale au principe du paiement direct des honoraires et à la liberté tarifaire (Hassenteufel, 1997, Da Silva et Gadreau, 2015). La loi du 5 avril 1928 finalement votée restera inappliquée, mais un nouveau régime de gouvernementalité sanitaire est en gestation : le régime de la sécurisation.

2. Du début des années 1930 au début des années 1970 : le régime de la sécurisation ou la santé conceptualisée comme une obligation sociale de la nation envers les citoyens.

Ce régime se déploie progressivement jusqu'au début des années 1970. Il est marqué par la création de la Sécurité Sociale en 1945, dont les attendus formalisent l'objectif dominant de ce nouveau régime : assurer l'égalité d'accès aux soins de tous les citoyens. Cet objectif est décliné à travers deux cibles principales, la politique tarifaire en médecine de ville et

l'organisation de l'hôpital. Les instruments mobilisés dans le cadre de ce nouveau régime se diversifient, au prix d'une certaine ambiguïté : les instruments conventionnels développés par l'assurance maladie se mêlent aux instruments réglementaires étatiques, aboutissant à une régulation négociée entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux, sous contrôle étatique.

- **La politique tarifaire en médecine de ville : le mélange des instruments conventionnels et réglementaires**

A la suite de l'échec de la loi d'avril 1928, une nouvelle loi est votée le 30 avril 1930, donnant satisfaction aux revendications des syndicats médicaux sur le paiement direct du médecin par le patient et la liberté des honoraires. Toutefois, cette loi marque une rupture par rapport au système antérieur de la prévoyance individuelle, en créant une assurance publique obligatoire contre le risque maladie. Ses principes fondamentaux ne seront pas modifiés lors de la création de la Sécurité Sociale par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Le principe assurantiel apparaît en effet alors adapté pour traiter un risque de maladie, qui reste appréhendé essentiellement comme une menace de perte de revenus (Palier, 2015). Un nouvel instrument de régulation, la convention, est créé : elle lie au niveau départemental les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins, et détermine le montant des tarifs de consultation opposables, opérationnalisant ainsi l'objectif d'égalité d'accès des citoyens aux soins.

Cet instrument reste cependant peu appliqué, beaucoup de médecins refusant la remise en cause de l'entente directe et de la liberté tarifaire. Cette situation conduit le gouvernement à intervenir pour cadrer les négociations par un décret de 1960, qui met en place un dispositif incitant les médecins à adhérer individuellement, afin de bénéficier de tarifs plus avantageux. Malgré l'hostilité des syndicats médicaux, le conventionnement se développe et concerne 80% des médecins à la fin des années 1960 (Tabuteau, 2013). Il faudra néanmoins attendre 1971 pour que la première convention nationale signée entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux aboutisse à la diffusion généralisée à l'ensemble du territoire de tarifs opposables uniformes.

- **Le « moment Debré » (HCAAM, 2016) ou le développement d'une planification étatique souple sur l'hôpital**

Parallèlement à l'organisation du financement des soins de ville, la réforme Debré, intervenue en 1958, pose les fondements du service public hospitalier tel qu'il existe encore aujourd'hui.

Portée par une rationalité scientifique et technique et un principe d'égalité, la réforme vise à rendre accessible à tous une médecine scientifique moderne, dont l'hôpital sera le lieu d'accueil et de développement. Les progrès accélérés des connaissances et techniques médicales au XXème

siècle rendent cet objectif tangible. La découverte des sulfamides dans les années 1930, puis celle des antibiotiques dans les années 1940, bouleversent le paradigme du soin (Allamel-Raffin et Leplège, 2008, Tabuteau, 2013), en élargissant les possibilités thérapeutiques. De même, l'évolution des techniques d'anesthésie et de chirurgie, autorisant par exemple la réalisation des premières greffes, et les progrès de l'imagerie et de la biologie donnent à la médecine une efficacité jusqu'alors jamais atteinte.

Dans ce contexte, la réforme Debré articule dans un modèle cohérent les soins, l'enseignement et la recherche, que symbolise la création des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU). Favorisé par l'essor des connaissances, le soin s'organise autour d'un nombre croissant de spécialités médicales, selon une logique curative et technicienne, dans laquelle les prises en charge sont conçues autour de séquences de soins brèves, réalisées à l'hôpital, et sans articulation définie avec la médecine de ville. Le temps plein hospitalier consacre la place prééminente des médecins dans la division et la hiérarchie des tâches. L'enseignement est assuré par les praticiens hospitalo-universitaires, et participe au processus de spécialisation associé au progrès des connaissances et à la technicisation des prises en charge (HCAAM, 2016). La recherche associe les CHU, les grands établissements de recherche (INSERM, CNRS, Institut Pasteur...) et l'industrie des biens de santé.

La logique dominante des pouvoirs publics renvoie à un « esprit de planification relâché » (Moisson, 2012), qui privilégie le développement à la rationalisation : il s'agit de construire de nouvelles structures, dans une logique d'équipement et de répartition équitable des établissements sur le territoire. Le financement des établissements est assuré par des prix de journée par grande discipline médicale, favorisant des « comportements opportunistes » (Moisson, 2012), telle que la sous-estimation des prévisions d'activité, afin d'augmenter le montant des prix de journée. Ainsi, si le XXème siècle se caractérise par une reprise en main par l'Etat de l'hôpital, les instruments développés à l'appui de la politique hospitalière apparaissent peu coercitifs.

3. Du milieu des années 1970 à la fin des années 1990 : le régime du rationnement ou la santé conceptualisée comme un coût.

Dans les années 1970, l'apparition de déficits financiers récurrents de la branche maladie de la Sécurité Sociale, sous l'effet de la crise économique due aux deux chocs pétroliers de 1973 et 1979, apparaît incompatible avec l'impératif de compétitivité des entreprises françaises face à la concurrence étrangère (Pierru, 1999). La maîtrise des dépenses de santé et l'équilibre

des comptes de l'assurance maladie deviennent dès lors les priorités des politiques de santé.

Cette évolution doctrinaire, qui donne naissance à un nouveau régime de gouvernementalité - le rationnement -, s'appuie sur des considérations théoriques convergentes, entre l'économie, la sociologie et la gestion, qui lui fournissent un cadrage explicatif structuré (Lenay et Moisdon, 2003). Selon la théorie de l'agence, qui met l'accent sur les asymétries d'informations au sein du système de santé, des incitations adaptées doivent être mises en place par le régulateur (le principal) pour inciter les régulés (les agents) à révéler l'information dont ils disposent et à agir dans le sens souhaité par le régulateur (Mougeot, 1994). Cette approche converge avec la théorie de la bureaucratie (Niskanen, 1975, cité par Rosanvallon, 2015), qui met en avant l'inefficacité des services publics, et l'économie des choix publics centrée sur les phénomènes de capture du régulateur par le régulé (Buchanan et Tullock, cités par Rosanvallon, 2015). Certaines de ces analyses présentent une parenté avec celles proposées par les sociologues des organisations et les théoriciens de la contingence. L'impuissance du régulateur ou des dirigeants hospitaliers pourraient en effet trouver sa source dans la maîtrise de zones d'incertitude par certains acteurs internes (Crozier et Friedberg, 1977) ou la prééminence du contrôle par les pairs dans les bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982).

Dans ce contexte, l'Etat manifeste sa volonté de développer sa connaissance de l'activité par l'introduction de nouveaux outils (dont les effets opérationnels ne se manifesteront que dans la période ultérieure).

- **Les établissements de santé : une superposition de dispositifs à la recherche d'une doctrine cohérente**

En matière de régulation budgétaire des établissements, les années 1970 et 1980 entérinent le passage d'un encadrement « relâché » à un encadrement « dur » en deux étapes (Moisdon, 2012) : l'instauration en 1975 d'un taux directeur limitant l'augmentation des prix de journée, puis le passage en 1983 des hôpitaux et établissements privés non lucratifs à la dotation globale de financement, qui substitue au prix de journée un système d'enveloppe globale fixée a priori. Les cliniques privées, tout en restant financées au prix de journée, se voient imposer à partir de 1992 une régulation de leurs tarifs en cas de dépassement de l'objectif quantifié national.

Parallèlement à la mise en place de ces mesures de rationnement, le ministère de la santé lance en 1982 un projet de développement d'un outil, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), consistant en la description médicale de l'éventail des cas (caractéristiques des malades et de leurs modes de prises en charge) traités dans les

établissements de santé. Inspirés des Diagnosis Related Groups (DRG) américains, le PMSI se décline selon des Groupes Homogènes de Malades (GHM), dans lesquels sont classés les séjours des patients. L'élaboration du PMSI s'accompagne du lancement de l'Etude Nationale des Coûts (ENC), visant à connaître les coûts moyens par GHM. Cet activisme en matière d'outillage ne s'accompagne toutefois pas immédiatement d'un renouveau de la doctrine et de la pratique concrète de la régulation des établissements. L'utilisation de la valeur du point ISA (rapport entre les dépenses d'un établissement et un nombre de points valorisant son case mix) par les pouvoirs publics pour rééquilibrer les ressources entre régions et entre établissements apparaît extrêmement prudente et incrémentale (Lenay et Moisdon, 2003).

Dans le domaine de la planification, la loi de 1991 substitue à la carte sanitaire les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), qui définissent pour chaque région le type d'offre souhaité, par discipline médicale, et sa répartition. Les annexes déclinent par territoire les autorisations d'activités et d'équipements qui en découlent. L'articulation entre les SROS et les projets d'établissement, que doivent désormais élaborer les établissements, est assurée par la négociation d'un Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre les établissements et la tutelle. La posture planificatrice de l'Etat apparaît ainsi hybride, à la fois descendante et contraignante (les annexes sont opposables aux établissements) et ascendante et négociée, via l'instauration des CPOM. Une nouvelle figure de l'Etat, à la fois régaliennne et contractualiste, émerge.

- **L'instrumentation de la régulation de la médecine de ville : de la contrainte par les prix à l'encadrement des pratiques**

Le régime de rationnement s'étend également à la médecine de ville, via des tentatives répétées, mais infructueuses, d'encadrement des honoraires médicaux par une enveloppe globale (Da Silva et Gadreau, 2015). Reposant sur la possibilité de faire varier le coût unitaire des actes en fonction du volume réalisé, afin de respecter le montant de l'enveloppe, ces modalités de régulation, dénoncées comme une « maîtrise comptable », sont rejetées par les syndicats médicaux.

Une nouvelle approche est alors promue, sous le terme de « maîtrise médicalisée ». Elle bénéficie du développement de l'Evidence Based Medicine (EBM) aux Etats-Unis dans les années 1970, puis en Europe. Les pouvoirs publics se saisissent de ces normes pour réguler les pratiques professionnelles, en mobilisant un registre de légitimité fondé sur la science (Da Silva, 2017). Selon ses promoteurs, l'EBM permet en effet de définir « objectivement » les bonnes pratiques garantes de la qualité des soins, et de réduire les variations « inappropriées » de pratiques, dans un

double objectif d'efficacité et de maîtrise des coûts (Rolland et Sicot, 2012). Un premier outil de maîtrise médicalisée est introduit par la loi Teulade (1992), qui instaure les références médicales opposables (RMO), marquant ainsi le déplacement de l'opposabilité du champ tarifaire vers celui des pratiques. Même si leur bilan sera modeste (Rolland et Sicot, 2012), une brèche est ouverte dans l'auto-régulation de la profession médicale (Da Silva, 2017).

Au total, la période qui se clôt à la fin des années 1990 se caractérise par un foisonnement inédit d'instruments, contribuant à l'hybridation des postures de l'Etat, par un mélange de coercition et d'incitation, et marqués par des logiques parfois contradictoires, entre le pilotage à distance (point ISA) et la volonté de rentrer dans la « boîte noire » (SROS et CPOM). Ces divergences contribuent à une ré-orientation des réflexions vers « un autre objet, susceptible de réconcilier ces deux façons de voir, à savoir les trajectoires de patients » (Lenay et Moisdon, 2003), ouvrant ainsi la porte à un changement de régime.

4. Depuis le début des années 2000 : le régime du décloisonnement ou l'émergence de la logique de parcours

Comme sous l'empire des précédents régimes, celui-ci prolonge et consolide des dispositifs existants, tout en portant en germe leur dépassement, grâce à l'introduction d'un nouvel objet de gouvernement, les approches parcours, dont l'opérationnalisation prend au départ une place limitée, puis croissante dans l'instrumentation des politiques publiques. L'étude des rapports annuels du HCAAM de 2004 à 2020 offre un éclairage sur les sources d'inspiration de cette nouvelle doctrine.

- **Emergence et évolution de la notion de parcours à travers l'étude comparative des rapports du HCAAM entre 2004 et 2020**

L'étude des rapports du HCAAM fait apparaître trois périodes dans la mobilisation de la notion de parcours, que nous présentons synthétiquement dans le tableau ci-dessous, avant de les expliciter.

L'approche parcours et ses implications selon le HCAAM : analyse comparée des rapports annuels 2004 à 2020

Périodes	Vision du parcours	Orientations prioritaires mises en avant	Instruments préconisés	Verbatims
2004 - 2009	Parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> * Formalisation/protocollisation des parcours, disease management, évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité de soins. * Coordination des soins 	<ul style="list-style-type: none"> * Recommandations de bonnes pratiques, référentiels, guides HAS * Outils numériques (DMP) * Médecin traitant comme porte d'entrée dans le système de soins 	<p>"Le parcours de soins et le DMP peuvent être les outils d'une meilleure coordination des soins au service des malades, autant que d'un usage plus économique des ressources" (2005).</p>
2010 - 2012	Parcours de santé, parcours de soins et d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> * Coordination et coopération des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux * Articulation des soins cliniques et techniques avec l'accompagnement de la perte d'autonomie dans les parcours des personnes âgées * Organisation territoriale des parcours * Approche globale de l'offre des secteurs sanitaire et médico-social * Juste recours à l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> * Référentiels de prise en charge pluri-disciplinaires * Modes de tarification encourageant la coordination * Expérimentation de projets pilote 	<p>"L'équilibre durable des comptes de l'assurance maladie passe ainsi, impérativement, par une organisation territoriale qui favorise la coopération inter-professionnelle et inter-institutionnelle, et qui inscrit le soin dans une logique de santé globale, l'acte curatif et l'acte technique étant intégrés à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux" (2010). "Coordination des soins, transversalité des interventions, systèmes d'information permettant le partage des données, prise en compte des enjeux de prévention sont désormais des conditions incontournables de la qualité des soins et de la qualité de la dépense (c'est-à-dire de son efficacité), et rendent chaque jour plus nécessaire le passage d'une médecine reposant sur des séries d'actes sans lien entre eux à une « médecine de parcours »" (2011).</p>
2013 - 2020	Parcours intégré de santé	<ul style="list-style-type: none"> * Structuration de la médecine de ville * Coopération inter-professionnelle * Fonctionnement en réseau (ville-hôpital) * Gradation des prises en charge * Organisation de la coordination (simple/complexe) * Approche populationnelle * Révision du cadre de la régulation (trop segmenté) * Régionalisation du pilotage des politiques de santé et renforcement du rôle et des moyens des délégations départementales des ARS 	<ul style="list-style-type: none"> * Mobilité professionnelle entre secteurs * Exercice mixte ville-hôpital * Regroupement des professionnels de ville (rôle majeur des CPFS) * Expérimentation de "prototypes" organisationnels (expérimentations de l'article 51) * Financement au parcours * Création d'une sous-enveloppe de l'ONDAM commune à la ville et aux établissements de santé 	<p>"Demain, il sera vraisemblablement nécessaire de concevoir des formes d'intégration fonctionnelle, dépassant le niveau de la simple coordination ponctuelle autour d'un malade, et permettant la prise en charge de groupes de patients ou de populations sur un territoire au titre de la prévention, du suivi et du traitement de pathologies identifiées, ou des problématiques de dépendance" (2016).</p>

De 2004 à 2009, le HCAAM s'inscrit dans la lignée des approches visant à rationaliser les pratiques de soins, au service d'une efficacité accrue. L'instauration du parcours de soins coordonnés par la loi du 13 août 2004 est vue comme un moyen d'amplifier le rôle du médecin traitant dans l'organisation des soins, afin d'éviter des redondances d'actes ou des examens inutiles. Le rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS) est par ailleurs particulièrement mis en avant pour piloter une démarche de formalisation des parcours de soins, permettant d'orienter les médecins vers les pratiques les plus étayées sur le plan scientifique. Conformément à la logique de la maîtrise médicalisée des dépenses, il s'agit d'encadrer les pratiques médicales au service d'une meilleure qualité des soins et d'une maîtrise accrue des dépenses de santé.

En 2010, le HCAAM propose un renouvellement de l'approche parcours, à la faveur de l'analyse de la complexité particulière de la prise en charge des personnes âgées. Il souligne que les gestes d'entretien et d'accompagnement, visant au maintien de l'autonomie des personnes âgées, font partie intégrante de leur prise en charge. Ce constat l'amène à proposer une extension de la notion de parcours, d'une vision exclusivement soignante à celle d'un parcours de santé, conjuguant soins et accompagnement de la personne, au service d'une approche globale des besoins. Le HCAAM plaide en conséquence pour une coopération et une coordination accrues entre les professionnels, une rationalisation de l'accès à l'hôpital, qui devrait rester subsidiaire par rapport aux soins de premier recours, la reconnaissance de la coordination comme faisant partie intégrante de l'activité de soins, et enfin une approche globale de l'offre des secteurs sanitaire et médico-social. En 2011 et 2012, le HCCAM confirme ces orientations, et souligne la confiance à accorder aux acteurs de terrain pour dégager des solutions de proximité et l'intérêt de rechercher des modes de tarification favorisant la coordination. Il propose d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation, à partir de projets pilotes (des « prototypes », selon ses termes), encadrés au niveau national et évalués.

A partir de 2013, le HCAAM développe et précise les thèmes mis en avant au cours de la période précédente. Il insiste sur l'intérêt de constituer des réseaux professionnels de coopération « stables, visibles et lisibles », centrés sur la ville et animés par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), mais intégrant une articulation avec les établissements de santé et ouverts aux acteurs des secteurs social et médico-social. Il introduit l'idée d'une graduation des soins, entre le premier et le deuxième recours, selon une approche populationnelle et territorialisée. Il se déclare également favorable à l'exercice partagé ville-hôpital et à une facilitation des parcours professionnels entre ces deux secteurs. Enfin, son dernier rapport (2020) ouvre une réflexion sur

l'évolution de la régulation, en proposant la fusion des sous-enveloppes « ville » et « établissements de santé » de l'ONDAM.

Si la doctrine élaborée par le HCAAM autour de l'approche parcours apparaît cohérente dans son contenu et ses implications en termes d'organisation et de régulation, qu'en est-il de sa déclinaison par les pouvoirs publics ?

- **Caractérisation du régime du décloisonnement : hybridité, intégration et méthode expérimentale**

- **Du paiement à l'acte et au séjour à l'expérimentation de modalités de paiement mixtes**

L'année 2004 est marquée sur le plan de la régulation par la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A) dans les hôpitaux publics et les structures privées à but non lucratif (et en 2005 dans les cliniques privées). Chaque séjour se voit attribuer un tarif national, ce qui permet de mettre en place une rétribution des établissements en fonction de leur activité. Si la T2A rémunère bien un parcours intra-hospitalier, elle laisse de côté les articulations avec la ville, en amont et en aval de l'hospitalisation. Elle pousse par ailleurs les établissements à concentrer l'activité en leur sein plutôt qu'à la déléguer aux acteurs de ville lorsque cela est possible. Une première inflexion est introduite à partir de 2016, par la création d'un financement complémentaire à la qualité (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité), en fonction des scores obtenus à des indicateurs de processus, dont certains visent à améliorer la coordination des soins, tel que l'indicateur de délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (Girault et al., 2017).

De son côté, la médecine de ville conserve sur cette période un financement majoritairement à l'acte. Toutefois, dans la lignée des RMO, une série de nouveaux instruments fondés sur l'EBM est venue soutenir la mise en place d'un système de paiement à la performance des médecins généralistes : les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) en 2009, puis la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) en 2011. En sus de la rémunération à l'acte, les médecins, et notamment ceux travaillant en exercice collectif, bénéficient d'une rémunération pour l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs, en matière de prévention, de santé publique, d'efficacité et d'organisation.

A partir de la deuxième moitié des années 2010, la réflexion des pouvoirs publics s'oriente vers le développement de formules de paiement à la coordination plus intégrées, visant à atténuer une certaine « orthogonalité » entre l'incitation à la coopération et les modes de tarification existants (Cazin, 2017, Baly, 2019). Trois expérimentations nationales, toujours en cours, visent ainsi à proposer des financements complémentaires ou substitutifs au financement à l'acte ou au séjour. Elles concernent soit des

financements à l'épisode de soins (testés sur des prises en charge chirurgicales), soit l'attribution d'un intéressement à l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des soins, d'expérience patient et de maîtrise des dépenses, pour une population donnée, soit enfin le remplacement du paiement à l'acte en ville par un financement au forfait, ciblant soit une sous-population (les patients diabétiques ou les personnes âgées), soit l'ensemble de la patientèle des médecins traitants. La méthode retenue associe les acteurs de terrain à la construction des modalités mêmes des expérimentations, via leur participation à l'élaboration des cahiers des charges.

- **Le développement d'une logique d'intégration des structures**

Parallèlement, les pouvoirs publics promeuvent de nouveaux modèles organisationnels plus intégrés, en ville et à l'hôpital. En ville, l'exercice regroupé, sans être une innovation de la période, devient une cible systématique de l'action publique, et s'appuie sur de nouveaux instruments juridiques et financiers, à caractère incitatif. Ainsi sont expérimentées à partir de 2007 des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), qui regroupent physiquement des médecins et des professionnels paramédicaux et offrent un nouveau cadre à la coordination des soins et à la coopération pluriprofessionnelle, sur la base d'un projet médical rédigé par les professionnels de la MSP. L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR), forfaitaires et contractuels, vient soutenir la démarche.

En complément de cette structuration des soins à un niveau micro-territorial, la loi de janvier 2016 instaure un nouvel instrument juridique à un niveau méso-territorial : les CPTS. Comme pour d'autres dispositifs, la loi apporte quelques éléments de cadrage tout en laissant une part d'initiative importante aux professionnels. Le territoire des CPTS est arrêté par les professionnels à l'initiative de leur création, et ceux-ci définissent à travers un projet médical leurs objectifs prioritaires d'action. Certaines missions doivent toutefois obligatoirement figurer dans ce projet : l'amélioration de l'accès aux soins, en facilitant notamment l'accès à un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non programmés ; l'amélioration de la continuité des parcours des patients ; la définition d'actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé, en lien avec les besoins du territoire.

Un mouvement identique d'intégration s'observe dans le milieu hospitalier. La loi de 2016 impose aux hôpitaux publics de se regrouper au sein de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Il appartient aux établissements de définir leur périmètre, et de développer des activités de coopération à travers la mutualisation progressive de certaines fonctions support (achats, formation, système d'information...) et un projet médical

partagé. Comme pour la ville, l'injonction au regroupement et à la coopération s'accompagne d'une certaine autonomie des acteurs de terrain pour définir et décliner la stratégie du GHT.

Au total, les modalités de l'intégration retenues par les pouvoirs publics témoignent d'une vision moins descendante de la relation avec les acteurs de terrain, désormais orientée par un principe de délégation (Cazin, 2017). Le cadrage réglementaire reste en effet assez souple, et l'outillage déployé à l'appui de l'intégration propose une panoplie d'instruments juridiques et financiers variés, à la disposition des acteurs pour asseoir leur stratégie locale. Toutefois, l'approche segmentée entre la ville et l'hôpital persiste à travers deux mouvements d'intégration distincts, qui peut freiner la conduite d'une réflexion sur une prise en charge intégrée des parcours des patients (Cazin, 2017).

Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques des différents régimes de gouvernementalité de la santé.

Caractéristiques des régimes de gouvernementalité sanitaire

Période	Régime de gouvernementalité	Rationalité dominante	Conceptualisation de la santé (objet de gouvernement)	Cibles de gouvernement	Régime de visibilité	Formes de gouvernement
De la fin du XVIII ^{ème} siècle à la fin des années 1920	Régime de la prévoyance	Préserver l'équilibre liberté individuelle / sécurité collective	Responsabilité individuelle	Santé des indigents et hygiène publique	Santé publique (mouvement hygiéniste, vaccination, progrès de la microbiologie).	Contrainte (outillage réglementaire).
Du début des années 1930 au début des années 1970	Régime de la sécurisation	Egal accès aux soins pour tous	Obligation sociale de la nation envers les citoyens	Accessibilité tarifaire et organisation de l'hôpital	Philosophie égalitaire et affirmation d'une médecine scientifique et curative.	Régulation négociée. Outils conventionnels et réglementaires souples.
Du milieu des années 1970 à la fin des années 1990	Régime du rationnement	Equilibre des comptes de l'assurance maladie	Coût	Maîtrise des dépenses de santé	New Public Management, théorie économique néo-classique, Evidence Based Medicine (EBM).	Développement d'outils de connaissance et d'encadrement souple des pratiques, conjugué au maintien d'outils coercitifs.
Du début des années 2000 à aujourd'hui	Régime du décloisonnement	Coordination des soins	Parcours	Efficiency, intégration, coopération inter-professionnelle et inter-institutionnelle	Modèles organisationnels (CCM, ACO) et financiers (bundled payment) étrangers, EBM.	Pilotage à distance par l'incitatif économique, expérimentation et co-construction de dispositifs, contractualisation.

Complétons maintenant cette caractérisation du régime du décloisonnement par l'étude du déploiement régional d'une politique publique : le programme e-parcours.

- **Analyse du déploiement du programme e-parcours sur deux territoires franciliens**
 - **Une définition du projet évolutive**

Initialement, le programme e-parcours est présenté par l'ARSIF comme indissociablement organisationnel et numérique, le volet système d'informations étant destiné à soutenir les efforts organisationnels des acteurs de terrain. Une note interne de l'ARS précise : « Ce projet est avant tout organisationnel et doit permettre une réflexion de l'ensemble des acteurs sur les ruptures de parcours observées au sein de chaque territoire, les évolutions d'organisation et le support du numérique permettant d'y remédier ».

Cette approche va bien au-delà d'un projet de déploiement d'un outil numérique. Elle positionne les comités de projet e-parcours dans un rôle d'animation territoriale de la réflexion sur les problématiques de parcours rencontrées par les patients et les professionnels. Cette voie n'a cependant pas été empruntée dans les deux territoires que nous avons étudiés. Dans le territoire 1, les comptes-rendus de réunions du comité de projet lors de sa première année de fonctionnement font état de deux axes de travail conjoints envisagés³ : le déploiement de Terr-esanté et une réflexion sur l'optimisation de trois parcours thématiques (personnes âgées, Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive, et VIH et hépatites B et C). Impulsée par la chef de projet à la demande de l'ARS, ce choix a été finalement abandonné au bout d'un an. A posteriori, les entretiens menés avec les membres du comité de projet laissent entrevoir deux raisons. La première tient à la volonté de certains acteurs de préserver une liberté d'organisation des parcours de leurs patients, qu'ils estiment menacée dans l'hypothèse d'une approche territoriale trop directive. Ainsi, une représentante d'un établissement de santé indique :

« Ces parcours, personne n'en voulait. Comme il a fallu choisir quelque chose car c'est comme ça que l'ARS voulait que nous déployions, on a fini par choisir ces thématiques (...) [Mais] on veut pouvoir gérer aussi bien des parcours assez standardisés que des parcours assez personnalisés. J'ai peur d'une standardisation de type « on a le parcours de l'insuffisant cardiaque de la région » ».

La seconde raison renvoie à la structuration en cours à cette époque des deux CPTS du territoire, qui se projettent dans un rôle actif d'organisation des soins primaires, qu'elles ne souhaitent pas voir concurrencé par des initiatives du comité de projet e-parcours. Selon le président de l'une d'entre elles, « le comité de projet e-parcours ne doit travailler que sur

³ A l'époque, nous ne participions pas au projet.

Terr-esanté » et « l'organisation ville-hôpital appartient aux missions des CPTS ».

Sur le territoire 2, alors même que le projet était initialement centré sur l'analyse des ruptures de parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, à la demande de l'ARS selon les acteurs de terrain, il s'est ensuite orienté exclusivement sur le déploiement de Terr-esanté, sans capitaliser sur cette analyse préalable, pour envisager un travail sur les motifs de rupture.

Cette nouvelle orientation commune aux deux territoires n'a pas été contestée par l'ARS, dont la position semble avoir consisté à laisser les acteurs définir eux-mêmes le périmètre du projet. Le responsable du projet au siège de l'ARS constate ainsi que la réflexion organisationnelle sur la base de l'analyse de parcours thématiques « n'a jamais pris ». Selon lui, l'objectif du programme est bien de « déployer le numérique auprès des professionnels de santé pour faciliter la coordination des prises en charge », même si sa vision embrasse l'ensemble des outils numériques déployés par le pouvoirs publics (Dossier Médical Partagé, Messagerie de Santé Sécurisée, Répertoire Opérationnel des Ressources...), et pas seulement Terr-esanté.

○ Une conduite de projet tâtonnante

Ce changement dans le périmètre du projet a induit un certain flou sur la stratégie de déploiement. Nous avons plus particulièrement suivi celle mise en place sur le territoire 1. Dans un premier temps, la stratégie reste peu définie et repose sur deux leviers : les bonnes volontés et une tentative de déploiement en masse dans un établissement de santé. L'outil est tout d'abord présenté à quelques acteurs du territoire, souvent partenaires ou correspondants des membres du comité de projet, et intéressés par la facilitation des relations et le partage d'informations que permet Terr-esanté. Ainsi, par exemple, des pharmaciens hospitaliers, investis dans un projet de développement de thérapies orales anti-cancéreuses, souhaitent utiliser Terr-esanté pour transmettre à leurs confrères de ville l'ensemble des informations sur les protocoles de prise en charge des patients concernés. En parallèle de ces actions de déploiement ponctuelles, un établissement de santé tente un déploiement « en masse », soutenu par l'ARS, en proposant aux patients venus en consultation, l'ouverture d'un dossier dans Terr-esanté. Ces différentes initiatives ont permis de cerner les motivations et les freins à l'usage de l'outil, mais elles n'ont pas suscité globalement un fort intérêt chez les professionnels et les patients. Parmi les freins identifiés apparaissent la difficulté à cerner la différence entre le DMP et Terr-esanté, des inquiétudes sur la confidentialité des données, des difficultés techniques dans l'usage de l'outil, parfois un manque de

motivation des professionnels à développer un suivi des patients partagé entre la ville et l'hôpital.

La stratégie de déploiement évolue sensiblement au début de l'année 2020, sous l'impulsion du chef de projet. Celui-ci propose en effet de ré-orienter le déploiement de Terr-esanté sur quelques projets territoriaux présentés comme prioritaires, dont un à titre principal, qui relève des expérimentations IPEP (Initiative de Prise en charge Partagées) développées en application de l'article 51. Celui-ci vise à améliorer la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus, et est porté par les deux CPTS du territoire. Il implique un renforcement des articulations ville / hôpital / secteurs social et médico-social, et cible Terr-esanté comme un support de partage d'informations entre ces acteurs, au service de différents axes de travail : la sécurisation des entrées et des sorties d'hospitalisation, le bilan de médication, la gestion des situations d'urgence... Même si l'usage opérationnel de Terr-esanté dans ces différentes situations reste à définir, cette nouvelle approche met en cohérence les projets du territoire, jusqu'ici développés en silos, sur la base d'appels à projets ou à manifestation d'intérêt distincts. Elle a nécessité une négociation avec le siège de l'ARS, plus enclin à privilégier un déploiement à partir des structures de prise en charge des patients (hôpitaux, MSP, DAC...).

Au total, ces exemples témoignent d'une évolution du positionnement de l'ARS, d'une posture initialement assez « cadrante » vers une délégation aux acteurs de terrain, non seulement de la conduite du projet, mais aussi de la définition de son contenu même. In fine, les orientations retenues par les territoires, centrées sur le déploiement de Terr-esanté, ne semblent pas éloignées des priorités de l'ARS, soucieuse d'obtenir de la part du ministère la pérennisation du financement du projet, en témoignant d'un usage de Terr-esanté, mesuré par l'ouverture de comptes patients et de comptes professionnels. Le compromis ainsi trouvé laisse ouverte la question de la structuration de la gouvernance territoriale sur les parcours : celle-ci reste aujourd'hui éclatée entre différentes instances de pilotage des projets (e-parcours, IPEP...), laissant subsister des risques de perte de cohérence et de sur-mobilisation des acteurs participant à ces différents espaces de discussion.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Notre étude met en lumière l'existence de quatre régimes de gouvernementalité, qui rendent compte de l'évolution de la doctrine publique et de son outillage dans le champ sanitaire. Comme dans d'autres secteurs de l'action publique (Aggeri, 2005, Beulque et al., 2016), ces régimes se chevauchent, sans rupture franche lors du passage de l'un à l'autre. Chaque nouveau régime emporte dans son contenu (doctrine,

cibles, outils...) des caractéristiques du ou des régimes qui l'ont précédé. La prédominance persistante du paiement à l'activité dans le régime actuel, caractérisé par un objectif de décloisonnement, illustre cet « empiètement » d'un régime sur l'autre. Des phénomènes de dépendance au sentier, liés à la complexité technique des problématiques à traiter et à des positionnements politiques d'acteurs en faveur d'un système, peuvent expliquer ce constat. Globalement, on constate peu de révolution paradigmatique, mais plutôt des glissements lents, et parfois des mélanges de paradigmes, lors de la succession des régimes. Ces phénomènes ne sont d'ailleurs pas toujours explicites, et les politiques publiques se fondent souvent sur des consensus ambigus sur des recettes, parfois polysémiques, plutôt que sur la définition de valeurs et de buts partagés. Comme le souligne Palier (2002), « l'accord se fait sur le constat des problèmes, sur l'échec des recettes passées et sur des formules nouvelles plus que sur une nouvelle vision du monde cohérente, explicite et partagée ». Il n'est pour cette raison pas rare de voir émerger des instruments sans doctrine clairement établie. Moisdon et Lenay (2003) évoquent ainsi « une valse-hésitation continue du pouvoir entre deux finalités de l'outil [PMSI] », renvoyant soit à un instrument de gestion à la disposition des établissements pour améliorer leur organisation interne, soit à un instrument de tarification entre les mains de la tutelle.

La superposition partielle des régimes peut conduire à une certaine hétérogénéité interne, voire à des incohérences entre la doctrine affichée et son instrumentation. Si dans le domaine de la régulation budgétaire, les expérimentations en cours feront peut-être évoluer ce constat, le doute persiste sur la manière dont les impératifs de coordination et de coopération seront mieux traités à l'avenir. On observe par exemple une certaine disjonction entre la place des activités de coordination telles que décrites et valorisées dans les cahiers des charges des expérimentations, et les propositions actuelles des pouvoirs publics sur leur financement, qui prévoient une rétribution temporaire (trois ans) et dégressive, a priori peu adaptée aux exigences de lisibilité, de pérennisation et de reconnaissance des fonctions de coordination. Ce choix pourrait constituer un signal ambigu, voire contreproductif à l'égard des acteurs engagés dans les expérimentations, et de manière plus générale des acteurs du système de santé.

Notre étude souligne également les transformations intervenues dans la posture de l'Etat. Celles-ci se manifestent tout d'abord par l'importance prise par les politiques dites « constitutives », selon la typologie de Lowi (Colombeau, 2014) dans le panel des approches mobilisées par les pouvoirs publics. L'objectif n'est plus de décliner des politiques nationales au plan local, mais de structurer des espaces de dialogue et de mise en commun des problématiques, des besoins et des expertises, au service de la

définition conjointe des problèmes à traiter et des solutions envisageables. Dans ce cadre, une place est laissée à l'expérimentation et à la co-construction, comme l'illustrent le projet e-parcours ou les expérimentations de l'article 51. De ce fait, le champ des concepteurs des politiques publiques s'élargit (Giusti et al., 2019), l'Etat n'étant plus qu'un acteur parmi d'autres, et ne disposant plus d'un rôle prééminent. Si ce mode de régulation permet de gagner en pertinence et en cohérence par rapport aux problématiques territoriales, il présente aussi des facteurs de fragilité : la transposabilité de solutions très contextualisées apparaît limitée (Giusti et al., 2019) et ces nouvelles modalités de l'action publique ne garantissent pas toujours la réussite des ajustements et la mise en compatibilité des représentations et des intérêts des acteurs (Duran et Thoenig, 1996). Les tâtonnements dans la conduite du projet e-parcours illustrent ces limites : les objectifs et le rôle même des pouvoirs publics n'apparaissent plus clairement, ni aux yeux des acteurs, ni aux yeux des représentants de l'ARS sur le terrain (directions départementales), dont certains font état de fortes incertitudes sur ce qui est attendu d'eux. Il en résulte des difficultés de pilotage et un manque de clarté dans la répartition des responsabilités entre les différents niveaux de l'administration, et avec les acteurs de terrain.

La pratique des pouvoirs publics apparaît par ailleurs toujours marquée par une posture à distance, révélatrice d'une conception « balistique » des réformes (Moison, 2013) : leur accompagnement et la capitalisation des enseignements issus de leur mise en œuvre demeurent relativement faibles. Ainsi, malgré une posture moins descendante, l'Etat assume peu le rôle de « knowledge manager » qu'exigerait la conduite d'activités d'exploration de nouvelles formes d'organisation. Déjà identifié par Moison lors de la mise en place de la T2A (2013), ce constat est réitéré par Cazin à propos de la mise en place des GHT (2017) : un suivi structuré de suivi des effets de la réforme, autorisant des ajustements dans l'action de l'Etat, fait défaut. De même, l'accompagnement du projet e-parcours souffre d'une structuration insuffisante, même si ce constat doit être nuancé par l'impact de la crise Covid qui a mobilisé les énergies sur d'autres priorités. Il manque en particulier des dispositifs dédiés au partage d'expériences entre les territoires, à la résolution des difficultés rencontrées au cours du déploiement, et à la mise à plat des responsabilités et des rôles. Des tentatives et des projets avaient été imaginés au début de l'année 2020, en particulier sous la forme de l'organisation d'un séminaire régional sur le déploiement de Terr-esanté ou de l'instauration de réunions inter-territoriales. La crise a reporté sine die leur mise en œuvre.

Le régime du décloisonnement reste ainsi fragile, partiellement incohérent et incomplet, malgré une forte implication des pouvoirs publics dans l'outillage juridique et financier de la coordination territoriale des soins

primaires d'une part, et celle des hôpitaux d'autre part. Néanmoins, certains silos demeurent, voire ré-apparaissent. Ainsi, les forfaits financiers concernant la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique au stade de la pré-suppléance, mis en place en septembre 2019, demeurent purement hospitaliers. Si les pouvoirs publics projettent la création de « forfaits miroir » en médecine de ville, puis la mise en place de forfaits ville-hôpital, dans un second temps, on peut s'interroger sur les raisons de ce détournement et les effets organisationnels structurels que ne manqueront pas de créer les forfaits déjà en place. Le risque est ainsi fort d'inciter les hôpitaux à capter une patientèle, qu'ils peineront ensuite à partager avec la ville. D'une manière plus générale, la doctrine de l'Etat en matière d'évolution du financement du système de santé, mériterait d'être précisée dans certains de ses aspects, au-delà de l'objectif de mise en place de paiements combinés. Quelle place sera effectivement accordée au financement de la coordination et sous quelle forme ? Comment éviter que certains dispositifs de paiement forfaitaire ne s'apparentent à une T2A étendue (Moison, 2017) ? Quelle traduction en termes de structuration des compartiments de l'ONDAM pourrait-elle être envisagée ? Etc...

La légitimité de l'Etat et l'efficacité des politiques publiques sont en jeu dans cet effort réflexif. La liberté et la responsabilisation des acteurs de terrain ne suffisent pas à créer les conditions d'une action collective pertinente et cohérente. Pour que le système de santé devienne effectivement un système, coordonnant avec systématisme et efficacité les actions en faveur des patients, la mutation de l'action publique sanitaire dans le régime du décloisonnement mériterait d'être consolidée, aussi bien dans l'approfondissement de sa doctrine que dans le développement et la mise en cohérence de son outillage. Ouvert et incertain, l'espace d'action de l'Etat est aussi vraisemblablement celui de nombreuses recherches académiques futures.

BIBLIOGRAPHIE

Aggeri F. (2005) : Les régimes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement, in Hatchuel A., Pezet E., Starkey K. et Lenay O. : *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*, Presses Universitaires de Laval. P. 431-464.

Allamel-Raffin C. et Leplège A. (2008) : *Histoire de la médecine*. Les topos. Dunod.

Baly O. (2019) : *Les effets de la régulation souple intermédiée : le cas du virage ambulatoire des établissements de santé français*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Mines Paris Tech.

Beulque R., Micheaux H. et Aggeri F. (2016) : D'une politique de gestion des déchets vers une perspective d'économie circulaire ? : Une mise en perspective historique par les instruments d'action publique. *Conférence OPDE – Les outils pour décider ensemble*.

Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C. et Gand S. (2011) : *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Etude réalisée pour la fondation Paul Bennot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines Paris Tech.

Bloch M.-A. et Hénaut L. (2014) : *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Edition Dunod.

Cazin Léo (2017) : *Regrouper pour mieux gouverner ? Le cas des hôpitaux publics français*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Mines Paris Tech.

Chéronnet H. (2016) : Parcours : catégorie de l'action publique et/ou outil pour le travail éducatif ? *Les Cahiers Dynamiques*, vol. n°1, n°67, p. 21-32.

Colombeau S. C. (2014) : Types de politiques publiques, in Laurie Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, « Références », p. 657-665.

Crozier M. et Friedberg E. (1977) : *L'acteur et le système*. Le seuil. Collection points. Essais.

Da Silva N. (2017) : Quantifier la qualité des soins. Une critique de la rationalisation de la médecine libérale française. *Revue française de socio-économie*, vol. n°2, n°19, p. 111-130.

Da Silva N. et Gadreau M. (2015) : La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme. *Revue de la régulation* [en ligne], vol. n°17, 1^{er} semestre, mis en ligne le 17 juin 2015, consulté le 16 mars 2021.

Duran P. et Thoenig J.-C. (1996) : L'Etat et la gestion publique territoriale. *Revue française de science politique*, 46^{ème} année, n°4, p. 580-623.

Ewald F. (1996) : *Histoire de l'Etat providence*. Biblio. Essais. Grasset.

Ferlie E., Mcgovern G. et FitzGerald L. (2012) : A new mode of organizing in health care ? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Social Science & Medicine*, n°74, p. 340-347.

Foucault M. (2004) : *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Hautes Etudes. Gallimard. Seuil.

Girault et al. (2017) : Les modes de paiement à la coordination : état des lieux et pistes pour une application en France. *Journal de gestion et d'économie médicales*. Vol. n°35, p. 109-127.

Guisti I., Sardas J.-C., Kletz F. et Pieri X. (2019) : Accès aux soins et territoires : comment articuler action collective locale et action publique ? *Management & Avenir Santé*, vol. n°1, n°5, p. 11-29.

Halpern C. et al. (2014) : *L'instrumentation de l'action publique*. Chapitre 1 : Les métamorphoses de l'instrumentation gestionnaire. Une généalogie des approches par les instruments. Presses de Sciences Po.

Hassenteufel P. (1997) : *Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po. Première édition.

Jaeger M. (2017) : Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico-sociale. *Vie sociale*, vol. n°2, n°18, p. 45-56.

Langley A. and al. (2013) : Process studies of change in organization and management : unveiling temporality, activity and flow. *Academy of Management Journal*, vol. n°56, n°1, p. 1-13.

Lascoumes P. et Le Galès P. (2005) : Introduction : l'action publique saisie par ses instruments, in Pierre Lascoumes et al., *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).

Lascoumes P. et Simard L. (2011) : L'action publique au prisme de ses instruments. *Revue française de science politique*, n°1, vol n°61, p. 5-22.

Lascoumes P. (2004) : La gouvernementalité : de la critique de l'Etat aux technologies du pouvoir. *Le Portique* (en ligne), n°13-14.

Lenay O. et Moisdon J.-C. (2003) : Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue française de gestion*, vol. n°5, n°146, p. 131-141.

Lenay O. (2001) : *Régulation, planification et organisation du système hospitalier : la place des outils de gestion dans la conception des politiques publiques*. Thèse de doctorat de l'Ecole des Mines de Paris. Spécialité « Ingénierie de gestion ».

Mintzberg H. (1982) : *Structure et dynamique des organisations*. Eyrolles. Editions d'Organisation.

Minvielle E. (2018) : *Le patient et le système. En quête d'une organisation sur mesure. Approches innovantes du parcours de santé*. Edition Seli Arslan.

Moisdon J.-C. (2017) : PMSI, T2A et gestion interne. *Journal de gestion et d'économie médicales*, n°2, vol. n°35, p. 51-66.

Moisdon J.-C. (2013) : De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé. *Quaderni*. Volume 3, n°82, pp. 39-54.

Moisdon J.-C. (2012) : Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*, vol. n°1, n°80, p. 91-115.

Mougeot M. (1994) : *Systèmes de santé et concurrence*. Economica.

Palier B. (2015) : *La réforme des systèmes de santé*. Que sais-je ? PUF. 7^{ème} édition.

Palier B. (2002) : De la crise aux réformes de l'Etat-providence. Le cas français en perspective comparée. *Revue française de sociologie*, n°43-2, p. 243-275.

Pierru F. (1999) : L'« hôpital-entreprise » : une self-fulfilling prophecy avortée. *Politix*, vol. n°12, n°46, p. 7-47.

Rolland C. et Sicot F. (2012) : Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et action publique*, vol. n°3, n°3, p. 53-75.

Rosanvallon P. (2015) : *La crise de l'Etat-providence*. Nouvelle édition. Points. Editions du seuil.

Rosanvallon P. (1995) : *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence*. Points. Editions du seuil.

Smits P., Préval J. et Denis J.-L. (2016) : Prendre en compte la santé dans les politiques publiques. Etude d'un régime de gouvernementalité au Québec. *Sciences sociales et santé*. N°2, vol. 34, p. 45-70.

Tabuteau D. (2013) : *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*. Editions Odile Jacob.

Yin R. (2014): *Case study research. Design and methods*. Chapitre 1. Sage publications. 5th edition.

Annexe : liste des entretiens effectués dans le cadre de la recherche

POUVOIRS PUBLICS			
Entités/acteurs	Nombre d'entretiens	Fonctions	Date
ARSIF - Siège	8	Médecin référent e-parcours	08/11/2018
		Directeur du pôle Appui stratégique et transformation des organisations	21/11/2018
		Chef de projet SI en santé	06/12/2018
		Responsable de la mission Convergence des dispositifs d'appui et son équipe	26/02/2019
		Responsable du département Appui à la transformation des organisations en santé	01/03/2019
		Référente Terr-esanté, puis chef de projet e-parcours sur deux territoires	14/03/2019
		Responsable du département SI en santé	24/03/2021
ARSIF - Directions départementales	3	Médecin référent soins de premier recours - DD 1	28/05/2019
		Directrice - DD 1	23/12/2020
		Directrice - DD 2	19/03/2021
GIP Sesan	2	Référente territoriale 1	07/10/2020
		Référent territorial 2	24/06/2020
Chefs de projet e-parcours	4	Chef de projet territoire 1 (09/2017 - 09/2018)	21/02/2019
		Chef de projet territoire 1 (11/2018 - 04/2019, puis à compter de 11/2019)	18/04/2018
		Chef de projet territoire 2	19/08/2019
		Chef de projet territoire 3	04/06/2020
Total	17		

TERRITOIRE 1			
Entités/acteurs	Nombre d'entretiens	Fonctions	Date
EHPAD	1	Directrice	26/11/2018
CPTS 1	1	Médecin généraliste président de la CPTS et pharmacienne coordinatrice du pôle de santé fondateur de la CPTS	15/02/2019
CPTS 2	3	Médecin généraliste trésorière de la CPTS	05/12/2018
		Médecin généraliste président de la CPTS	24/01/2019 et 15/07/2019
Hôpital 1	1	Directrice des projets et parcours et son équipe	11/12/2018
Hôpital 2	3	Directrice des projets et de la transformation et ingénieur en organisation	17/04/2019
		Chef de service de rhumatologie	19/02/2020
		Néphrologue	27/03/2020
Hôpital 3	1	Directrice des organisations patients	03/06/2019
Siège d'un ensemble hospitalier	1	Responsable DOMU	06/06/2019
MAÏA	1	Pilote	04/01/2019
Réseau et CLIC	1	Directrice du réseau et directrice du CLIC	24/01/2019
CLIC	1	Directrice du CLIC	08/03/2019
MZA 1	1	Directrice	15/04/2019
MZA 2	1	Directrice	23/03/2021
TOTAL GENERAL	16		

TERRITOIRE 2			
Entités/acteurs	Nombre d'entretiens	Fonctions	Date
Etablissement de soins de suite et de réadaptation	1	Directeur	27/02/2020
Maison de santé pluri-professionnelle	2	Médecin généraliste, responsable de la MSP	27/02/2020
		Infirmière coordinatrice	06/05/2020
Centre Hospitalier	4	Responsable des secrétariats médicaux chargée du déploiement de Terr-esanté	07/02/2020
		Directrice des EHPAD rattachés au CH	12/02/2020
		Directeur général	27/04/2020
		Gériatre, chef de pôle	27/05/2020
Groupe Hospitalier	1	Directeur, directeurs adjoints, médecin urgentiste responsable de la plateforme de télé-suivi des patients à domicile (module e-Covid de Terr-esanté)	22/07/2020
SSIAD	1	Directrice	09/03/2020
PAT	1	Directrice et chargée d'évaluation	18/07/2019
DAC	4	Directrice adjointe	29/07/2019
		Directrice adjointe et pilote MAÏA	19/08/2019
		Directrice	28/08/2019
		Directrice et directrice adjointe	05/02/2021
TOTAL GENERAL	14		