



Les réformes du système de santé en France et leurs impacts

Ani Oganessian

► To cite this version:

Ani Oganessian. Les réformes du système de santé en France et leurs impacts. Gestion et management. Université Nice Sophia Antipolis; Rossijskij universitet družby narodov (Moskva), 2016. Français. NNT : 2016NICE0005 . tel-01782395

HAL Id: tel-01782395

<https://theses.hal.science/tel-01782395>

Submitted on 2 May 2018

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.

Les réformes du système de santé en France et leurs impacts

Thèse en cotutelle en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences de Gestion

Présentée et soutenue publiquement

le 27 avril 2016 par

Ani OGANESYAN

Jury :

Monsieur Gérald NARO

Professeur à l'Université Montpellier 1

Rapporteur

Monsieur Gilles PACHE

Professeur à Aix Marseille Université

Rapporteur

Monsieur Alexander BYSTRIAKOV

Professeur à l'Académie russe d'économie national et
d'administration publique auprès du Président de la Russie

Suffragant

Monsieur Valery ISSAEV

Professeur à l'Université russe de l'amitié des peuples

Suffragant

Monsieur Yuri MOSSEIKIN

Professeur à l'Université russe de l'amitié des peuples

Suffragant

Madame Irène GEORGESCU

Professeur à l'Université Montpellier 1

Directeur de recherche

Monsieur Thierry GARROT

MCF HDR à l'Université de Nice Sophia Antipolis

Directeur de recherche

Madame Elena PONOMARENKO

Professeur à l'Université russe de l'amitié des peuples

Directeur de recherche

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises par cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

À mes parents et grands-parents

Remerciements

J'exprime toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements aux trois personnes qui m'ont accompagnée durant toutes ces années de travail avec patience et compréhension, mes directeurs de thèse, Thierry Garrot, Irène Georgescu et Elena Ponomarenko, pour avoir accepté de diriger ce travail. Je leur suis reconnaissante pour leur disponibilité, leur encouragement, leur soutien constant et leurs conseils avisés, ainsi que pour leurs apports scientifiques et méthodologiques. J'ai beaucoup appris et je vous exprime toute ma gratitude.

Je remercie l'ensemble des membres du jury qui a évalué mon travail, et plus particulièrement Gerald Naro et Gilles Paché qui ont accepté d'en être rapporteurs. Je remercie aussi Yuri Mosseikin, Valery Issaev et Alexandre Bystryakov d'avoir accepté de participer au jury de la soutenance.

Merci également à Nathalie Angelé-Halgand pour ses idées et ses conseils y compris dans le cadre des comités de thèse du projet « Tarification aux cycles de soins » (TCS).

Un grand merci aux professionnels de santé de Nice, Grasse et Antibes qui m'ont accueillie et qui m'ont accordé leur aide dans la réalisation de l'étude empirique. Grâce à eux ce travail a pu être accompli.

Je souhaite adresser mes remerciements aux membres du laboratoire GRM de l'IAE de Nice pour leurs conseils et leur bienveillance. Je remercie plus particulièrement les doctorants, aujourd'hui docteurs, qui m'ont accueillie lors de mon stage d'étude à Nice : Nathalie, Elodie, Franck, Mathieu. Merci pour votre aide et votre soutien. C'était un plaisir de partager ce parcours avec vous et j'espère vous voir à Moscou !

Un grand merci à mes amis pour leur patience et leur bonne humeur : Anastasia, Kristina, Astkhik, Aline, Ani ...

Finalement, je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma famille : ma mère, mon père et mon frère sans qui cette thèse en France n'aurait jamais pu s'accomplir. Merci de m'avoir donné la force.

Merci à ma grande famille en Arménie et d'ailleurs.

Sommaire

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
INTRODUCTION GÉNÉRALE	12
CONTEXTE DE LA RECHERCHE	13
PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE, CADRE THÉORIQUE ET POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE	15
CHOIX MÉTHODOLOGIQUES	22
PLAN D'EXPOSITION DE LA THÈSE	25
CHAPITRE 1. RÉSUMÉ DE LA THÈSE RUSSE	28
CHAPITRE 2. RÉGIONALISATION DE LA SANTÉ EN FRANCE ET EN RUSSIE : ÉLÉMENTS D'ANALYSE COMPARATIVE	49
INTRODUCTION	49
LA DECENTRALISATION DE LA SANTE ECLAIRAGES FRANCO-RUSSES	52
LIMITES DE LA DECENTRALISATION ET VOIES DE DEPASSEMENT	59
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	69
CHAPITRE 3. RECONFIGURER LA GOUVERNANCE EN SANTÉ : LES APPORTS D'OSTROM	73
INTRODUCTION	74
LA MISE EN PLACE DE LA GOUVERNANCE PAR LA CO-CONSTRUCTION ACCOMPAGNEE	76
LA CREDIBILITE DES ENGAGEMENTS PAR LE CO-ENGAGEMENT SUR LA VALEUR	79

LA SURVEILLANCE MUTUELLE PAR LA PRATIQUE PARTAGEE	81
BIBLIOGRAPHIE	84
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	87
SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE	88
APPORTS ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....	90
LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE.....	98
ANNEXE	99
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	101
TABLES DES MATIÈRES	107

Liste des tableaux

Tableau 0.1 Positions épistémologiques des paradigmes positiviste, interprétativiste et constructiviste.....	21
Tableau 0.2 Liste des acteurs des dispositifs MAIA de Nice, Grasse et Antibes.....	23
Tableau 1.1. Les défaillances du marché et de l'État dans le domaine de la santé.....	34
Tableau 1.2. Avantages et défauts des principaux types de systèmes de santé.....	36
Tableau 1.3. Classement récapitulatif des pays selon l'efficacité de leurs systèmes de santé....	37
Tableau 1.4. Approches théoriques des réformes des systèmes de santé	39
Tableau 1.5. Méthode MAIA	45

Liste des figures

Figure 0.1. Plan de la these.....	27
Figure 1.1. Instruments des réformes du système de santé de la France	42
Figure 0.2 Problèmes identifiés du dispositif MAIA.....	92

Liste des abréviations

ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AMO	Assurance maladie obligatoire
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
C3S	Centre de Soutien Santé Social
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil Départemental
CG	Conseil Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CMP	Centre de Protection Médical
CMRR	Centre Mémoire Ressources et Recherche
CMU	Couverture maladie universelle
CNS	Conférence nationale de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-social
HAD	Hopital à domicile, hospitalisation à domicile
HPST	Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MSA	Mutualité sociale agricole
NPM	New Public Management
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PIB	Produit intérieur brut
PPS	Plan personnalisé de santé
PRIAC	Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSI	Plan de service individualisé
RSI	Régime Social des Indépendants
SIAS	Service d'Information et d'Accompagnement des Seniors
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
T2A	Tarification à l'activité
TCS	Tarification aux cycles de soins
UE	Union Européenne

Introduction générale

CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Notre travail de thèse se fait dans le cadre de la convention de cotutelle entre l'Université russe de l'amitié des peuples et l'Institut d'administration des entreprises de l'UNS et s'articule à la fois autour d'une double exigence, celle de l'Université russe et celle de l'Université de Nice Sophia Antipolis.

Nous présentons dans un document unique le résumé de la thèse rédigée en russe et nous prologeons ce travail par des projets d'article en cours de finalisation plus en rapport avec les us et les coutumes des doctorats français.

L'ensemble des études internationale (UE, OCDE, OMS) confirment que la France dispose de l'un des systèmes de santé les plus performants au monde (OMS 2000). Avec le développement de l'assurance maladie, ce système est accessible à toute la population, grâce à la combinaison entre les régimes d'assurance maladie obligatoire, les régimes complémentaires et les dispositifs de solidarité comme la couverture maladie universelle (CMU) ou l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Le système français est également l'un des plus généreux en termes de prise en charge, ce qui en fait un modèle souvent envié, mais se paie au prix d'un poids important dans le PIB (12% en 2012) (Cour des Comptes, 2012). Même si la France se situe derrière les Etats-Unis - dont les dépenses s'élèvent à 16% du PIB, elle se trouve toujours dans le peloton de tête avec la Suisse, l'Allemagne et le Japon. Selon l'étude de l'OCDE, portant sur l'année 2011, la moyenne des pays de l'OCDE se situe à 9,3%.

Comme tous ses homologues des pays développés, le système de santé français est aujourd'hui confronté à un certain nombre de défis. La stratégie nationale de santé (Cordier, Chêne et al. 2013) recherche le déploiement et l'intégration de bonnes compétences au bon moment sur un territoire donné, pour que chaque personne malade puisse trouver sur une aire géographique accessible une complémentarité d'offres de soins et d'accompagnement compétents.

La conférence nationale de santé, dans son avis du 18 juin 2013, estime ainsi que « c'est la désorganisation de l'échelon national et ses fractures institutionnelles qui empêchent aujourd'hui le bon avancement de l'organisation et de la coordination régionale ». Elle dénonce un système national « morcelé et agencifié » (CNS, 2013). L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du patient et de son médecin traitant, notamment pour les maladies chroniques, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie. L'essentiel est de mieux prendre en

charge grâce à la médecine de ville pour éviter les complications et les hospitalisations inutiles. Enfin, selon le rapport du Comité des « sages » rédigé en 2013, la stratégie nationale de santé doit porter et accompagner de profonds changements au travers d'un projet global encourageant le parcours de la personne (patient, personne âgée, personne handicapée), la coopération entre professionnels, la coordination ville-hôpital et la démocratie sanitaire dans le cadre des territoires. La première des priorités est d'organiser les soins de proximité dans le cadre d'un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale. Le soutien à la constitution d'équipes pluri-professionnelles, organisées autour du médecin traitant et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés, est un axe prioritaire. Le pacte territoire santé destiné à lutter contre les déserts médicaux sera enrichi à partir des expériences et des besoins, de nouveaux dispositifs pour répondre à l'attente des Français (Comité des « sages », 2013).

Ainsi en France, le système de santé se caractérise par des fragmentations multiples au niveau de l'organisation et du financement. Cela est vrai entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi entre le secteur hospitalier et le secteur des soins de ville, entre les services de court séjour et les soins de longue durée, entre privé, public et associatif, mais aussi entre niveaux décisionnels national, régional, départemental et communal (Trouvé H. et Somme D., 2012). La régionalisation de la santé a été l'un des axes majeurs des politiques en matière tout d'abord d'hospitalisation, et plus récemment de santé, par la mise en œuvre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 portant transformation des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en Agences Régionales de Santé (ARS), qui devient effective le 1er avril 2010. Ces nouvelles structures participent à un mouvement de déconcentration en France en matière de santé, apportant de fait plus de pouvoir à de nouveaux territoires de santé au détriment du niveau national que la réforme de la T2A en 2004 avait largement renforcé.

L'analyse montre que la loi HPST est porteuse de plusieurs incitations à la coopération, à la mise en réseau des acteurs de santé, et à l'émergence d'une réelle prise en charge globale des patients. Avec la mobilisation de moyens financiers à travers certains plans de santé, il a été possible d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation locales autour d'une population de patients et de leurs familles ayant la même pathologie, illustrant un nouveau mode d'organisation à un niveau local : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Anciennes maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), communément appelées MAIA. Les MAIA présentent une nouvelle forme d'organisation locales autour d'une population de patients et de leurs familles ayant la

même pathologie et proposent une recomposition territoriale en même temps qu'un renouvellement des modes de gouvernance.

Nos résultats visent à montrer comment les MAIA proposent une recomposition territoriale, en même temps qu'un renouvellement des modes de gouvernance.

PROBLEMATIQUE GENERALE, CADRE THEORIQUE ET POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE

Dans cette partie, nous allons présenter la problématique générale de la thèse avec les sous-question de recherche, ainsi que justifier le cadre théorique et épistémologique choisi.

Problématique générale

La question de la régionalisation de la santé est étudiée par la sociologie, les sciences économiques, politiques et, bien sur, les sciences de gestion.

Les difficultés identifiées sont liées avec :

(1) la difficile articulation de différentes échelles territoriales : en ne s'appuyant que sur la loi HPST, il est possible de dénombrer pas moins de quatre échelons territoriaux : le national avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA), le régional avec l'ARS et la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), l'inter-départemental et enfin de le départemental avec le DDASS et le Conseil Départemental. Cet empilement pose deux questions : celle de l'articulation de ces différentes échelles territoriales et celle du niveau pertinent de la planification.

(2) la recherche du niveau pertinent de planification : dans le cadre de la loi HPST, l'échelon régional apparaît comme le plus adéquat car il permet d'affecter les moyens, d'éviter les effets artificiels de frontières administratives et peut faciliter la coordination avec la planification hospitalière réalisée à l'échelle régionale. Un paradoxe demeure car l'État tente de réguler les moyens au niveau de la région alors que les schémas sont stabilisés au niveau du département.

(3) la difficile adaptation de l'offre médicale aux besoins des personnes concernées sur un territoire : la « normalisation » des projets ne prend pas en compte les situations et les besoins locaux et

(4) la question de la mise en concurrence des acteurs d'un même territoire, car le seul moyen dont dispose les établissements pour équilibrer leur budget consiste à augmenter le volume d'activité qu'ils produisent, dans une enveloppe contrainte. Cette course à l'activité ne favorise pas les nécessaires coordinations, qui sont pourtant appelées de leurs vœux par nombreux experts.

Ainsi, il existe un besoin fort de mobilisation des acteurs de terrain partageant les mêmes contraintes territoriales et les mêmes patients.

Compte tenu du contexte de la recherche et des difficultés identifiées, notre problématique est suivante :

Comment au niveau régional organiser et réguler les activités des acteurs de la santé?

De cette problématique générale découlent deux sous-questions de recherche :

1. En quoi les MAIA changent la gouvernance existante sur le territoire?
2. En quoi les MAIA réussissent ou pas à répondre aux attentes de la gouvernance?

Dans le but d'étudier notre problématique et de répondre à nos questions de recherches, nous faisons une étude empirique du dispositif MAIA, qui développe un processus « d'intégration » par un partenariat co-responsable, dont l'objectif consiste à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne âgée et de ses aidants sur un territoire donné. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des patients et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

Domaines théoriques mobilisés

Nous mobilisons des fondements théoriques aux multiples influences : en économie, en gouvernance des organisations, en sciences de gestion et en performance des systèmes de santé.

Notre démarche vise à mettre en avant la complémentarité des théories mobilisées afin d'apporter des propositions de solutions pour atteindre l'objectif commun partagé par tous les acteurs des systèmes de santé : améliorer l'accès, la sécurité, la qualité des services de soins en maîtrisant les coûts.

Cette diversité des cadres théoriques est liée d'une part à la nature complexe des services de soins, qui sont à la fois des biens privés et publics, et d'autre part, au fort impact de l'asymétrie informationnelle (Arrow) entre l'agent et le principal sur le marché de la santé, ce qui détermine l'induction de la demande par l'offre, la sélection adverse (Akerlof) et le risque moral (Arrow), ainsi qu'avec de la rationalité limitée et du comportement opportuniste des acteurs des systèmes de santé.

Ainsi, nous utilisons à la fois les fondements théoriques de l'économie néoinstitutionnels (théorie de l'agence), de la théorie du secteur public (la gouvernance étatique), du concept de

NPM (New public management) qui prévoit la mise en place de la régulation du secteur de santé par le marché, notamment des établissements hospitaliers et, enfin, de la théorie des biens communs.

En se basant sur les rapports de la Cour des comptes et les études analysées, nous pouvons conclure que les deux modèles les plus communément utilisés, la gouvernance par l'État et la gouvernance par le marché, ont apporté quelques solutions à la régulation du système de santé mais ils ont montré aussi plusieurs limites :

- problème de gouvernance,
- problème d'accessibilité aux soins,
- problème de coordination.

Par exemple à propos du secteur hospitalier, les défauts du système T2A génère un manque de coopération dans le cadre hospitalier, ainsi que des problèmes de gouvernance et de coordination entre différentes organisations du système de santé, nous pouvons constater un certain échec des thèses du « Nouveau Management Public » en ce qui concerne la question hospitalière et la santé en général. Le constat des limites de la T2A s'inscrit dans le courant sans cesse grandissant de la littérature critique sur le Nouveau Management Public, comme en témoigne le titre de l'article d'Irvine Lapsley (2009) : « New Public Management: Cruellest Invention of the Human Spirit? ». Au-delà des limites identifiées, plusieurs pistes de dépassements ou d'aménagements sont envisagées par plusieurs experts afin de promouvoir la coordination et d'élargir le champ d'analyse de la prestation de santé.

« ... la MECSS estime que la T2A, plus centrée sur la maladie que sur le malade, peut constituer un handicap pour la mise en place d'un parcours de santé ; elle propose de lancer rapidement, pour certaines pathologies, des expérimentations en vue d'instaurer un financement global qui comprenne la prise en charge en ville et en établissement » (Le Menn et Milon, 2012, p.8)

La conférence nationale de santé, dans son avis du 18 juin 2013, estime ainsi que « c'est la désorganisation de l'échelon national et ses fractures institutionnelles qui empêchent aujourd'hui le bon avancement de l'organisation et de la coordination régionale ». Elle dénonce un système national « morcelé et agencifié » (CNS, 2013). L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du patient et de son médecin traitant, notamment pour les maladies chroniques, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de

promotion de la santé, de modification des modes de vie. L'essentiel est de mieux prendre en charge grâce à la médecine de ville pour éviter les complications et les hospitalisations inutiles. Enfin, selon le rapport du Comité des « sages » rédigé en 2013, la stratégie nationale de santé doit porter et accompagner de profonds changements au travers d'un projet global encourageant le parcours de la personne (patient, personne âgée, personne handicapée), la coopération entre professionnels, la coordination ville-hôpital et la démocratie sanitaire dans le cadre des territoires. La première des priorités est d'organiser les soins de proximité dans le cadre d'un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale. Le soutien à la constitution d'équipes pluri-professionnelles, organisées autour du médecin traitant et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés, est un axe prioritaire. Le pacte territoire santé destiné à lutter contre les déserts médicaux sera enrichi à partir des expériences et des besoins, de nouveaux dispositifs pour répondre à l'attente des Français (Comité des « sages », 2013).

Si un consensus se dégage sur l'organisation des soins dans le système de santé français il se trouve que ni le modèle de gouvernance de type étatique, ni le modèle de gouvernance par le marché, ne soient adaptées à ce nouveau mode d'organisation souhaité par les experts. Au contraire, les éléments avancés pour documenter la crise de la gouvernance du système de santé français laissent poindre des effets négatifs pour l'émergence de ce nouveau mode d'organisation. Ceci conduit à s'intéresser un troisième mode de régulation, ou d'organisation de la gouvernance, qui a été étudiée par Elinor Ostrom (1990, 2010) développées dans le contexte particulier de la gouvernance des ressources communes. Nathalie Angelé-Halgand et Thierry Garrot (2014) utilisent une grille d'analyse issue de ces travaux et proposent qu'un nouveau mode de contrôle des établissements puisse être mise en œuvre à partir des enseignements transposables des situations étudiées par Ostrom.

Le point de départ de ce cadre d'analyse sera la définition des biens communs :

« Un bien commun tel qu'un système d'irrigation, une zone de pêche, une forêt, l'Internet ou la stratosphère est une ressource d'origine naturelle ou fabriquée par la main de l'homme pour laquelle il est difficile d'exclure ou de limiter la consommation de ses utilisateurs, une fois que cette ressource est mise à disposition par la nature ou l'homme » (Ostrom et al. 1994).

En plus, selon la définition des biens communs, la consommation par un individu d'une partie d'une ressource telle que l'eau diminue d'autant la réserve de cette ressource. D'après N. Angelé-Halgand et T. Garrot (2014), nous pouvons appliquer cette définition aux services d'intérêt général, auxquels s'apparentent la distribution de l'eau ou encore la santé. Dans le cas de la santé le critère de non exclusion est ainsi cohérent avec l'objectif d'accès pour tous au

système de santé, le critère de rivalité renvoie à la question de l'allocation des services mobilisant des ressources rares, ce qui les situe aux bornes des biens publics et biens privés. La difficulté d'exclure des bénéficiaires (assurance maladie obligatoire) est une caractéristique partagée avec les biens publics et en même temps les biens communs, comme les biens privés, sont disponibles en quantité limitée (ressources financières du système de santé) : tous ne peuvent pas les utiliser à la fois.

Ainsi, selon N. Angelé-Halgand et T. Garrot (2014), le concept de bien commun ouvre une voie de redéfinition de la gouvernance des services d'intérêt général. En général, ce concept de bien commun permet la redéfinition de la gouvernance de la santé en substituant au modèle d'une entreprise marchande, dont l'objectif principal serait la recherche de la rentabilité, celui d'acteurs partisans financés par une ressource commune et rare, qu'il convient de préserver pour la survie de tous.

L'originalité des travaux d'Ostrom tient en partie au fait qu'elle s'intéresse à des situations concrètes où des acteurs conjointement impliqués élaborent ensemble un corpus de règles donnant naissance à une forme contingente d'institution. À partir de là, la dynamique institutionnelle peut s'enclencher au sein de la situation d'action et les acteurs qui initient cette démarche auront besoin d'évolutions progressives. Ils devront pouvoir s'approprier le processus de changement étape par étape en ayant de nouvelles règles qui correspondent à la situation dans laquelle ils sont impliqués. Certes, ils peuvent bénéficier de l'expérience institutionnelle d'autres contextes similaires ou comparables, mais les solutions venant de l'extérieur, même parée de l'aura de la réussite, ne sont pas systématiquement acceptées dans leur propre situation. Il est indispensable que progressivement les acteurs élaborent, s'approprient et finalement soutiennent les nouvelles règles acceptées. Le changement des règles d'appropriation peut alors difficilement se décréter, il doit se dérouler de façon incrémentale en incitant les acteurs à toujours améliorer leur dispositif de prélèvement et de pérennisation de la ressource rare.

Comme les théoriciens de l'action collective ont identifié plusieurs défis à l'action collective et à sa gouvernance, nous allons reprendre successivement les questions relatives à la mise en place de la gouvernance, puis celles relevant de la crédibilité des engagements, pour terminer sur celles relatives à la surveillance mutuelle des acteurs.

Positionnement épistémologique

D'après Marie-José Avenier et Marie-Laure Gavard-Perret (2012, p. 11), le terme épistémologie est apparu au début du XX^{ème} siècle pour désigner une branche de la

philosophie spécialisée dans l'étude des théories de la connaissance. Il est peu à peu devenu synonyme de philosophie des sciences. Dans la mesure où la finalité d'une recherche est d'élaborer des connaissances, il est crucial pour un chercheur de s'interroger sur ce qu'est la connaissance, sur les hypothèses fondamentales sur lesquelles sa conception de la connaissance repose, sur ce qui fonde la valeur des connaissances qu'il développe.

Une seconde acception, plus pertinente, correspond à celle de Piaget (1967, p. 6) : l'épistémologie est l'étude de la constitution des connaissances valables. Sur la base des travaux de Piaget (1967), plusieurs chercheurs - dont Le Moigne (1995), Perret et Séville (2003), Giordano et al. (2003) – proposent de conduire la réflexion épistémologique autour de trois questions :

- Qu'est-ce que la connaissance ?
- Comment apporter scientifiquement la connaissance ?
- Quelle est la valeur de cette connaissance ?

Pour répondre à ces questions, le chercheur peut s'inspirer des réponses fournies par les paradigmes épistémologiques. Un paradigme épistémologique désigne une constellation de croyances, valeurs, techniques, etc. partagées par une communauté donnée (Kuhn, 1962, p. 175). Ainsi, lorsqu'on reprend la définition que Piaget (1967) donne de l'épistémologie, ces hypothèses concernent ce qu'est la connaissance (hypothèses d'ordre épistémique), la manière dont la connaissance est élaborée (hypothèses d'ordre méthodologique) et la façon dont elle est justifiée.

D'après Gavard-Perret, Gotteland, Haon et Jolibert (2012), la consultation de différents ouvrages et travaux en sciences de gestion, et plus largement en sciences sociales, souligne la multiplicité des classifications des paradigmes épistémologiques contemporains. Toutefois, il semble important de distinguer trois paradigmes épistémologiques en science d'organisation : le paradigme positiviste, le paradigme interprétativiste et le paradigme constructiviste. Ces paradigmes, au sens de Kuhn (1983), constituent autant de modèles, schémas intellectuels ou cadre de référence dans lesquels peuvent s'inscrire les chercheurs en science de l'organisation (Perret, Séville, 2007). Le tableau 1 ci-dessous présente ces paradigmes.

Tableau 0.1 Positions épistémologiques des paradigmes positiviste, interprétativiste et constructiviste (Girod-Séville et Perret, 2003)

	Le positivisme	L'interprétativisme	Le constructivisme
Quel est le statut de la connaissance ?	Hypothèse réaliste Il existe une essence propre à l'objet de connaissance	Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré ou interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical)	
La nature de la « réalité »	Indépendance du sujet et de l'objet Hypothèse déterministe Le monde est fait de nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités	
Comment la connaissance est-elle engendrée ? Le chemin de la connaissance scientifique	La découverte Recherche formulée en termes de « pour quelles causes... » Statut privilégié de l'explication	L'interprétation Recherche formulée en termes de « pour quelles motivations des acteurs... » Statut privilégié de la compréhension	La construction Recherche formulée en termes de « pour quelles finalités... » Statut privilégié de la construction
Quelle est la valeur de la connaissance ? Les critères de validité	Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité	Idiographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	Adéquation Enseignabilité

Koenig (1993) propose de positionner les recherches en sciences des organisations en fonction de deux thématiques : le réalisme de la théorie, et l'essence de la réalité. La thématique « réalisme de la théorie » distingue les théories décrivant le monde tel qu'il est, et les théories qui considèrent qu'elles n'ont pas à décrire la réalité. En ce qui concerne la seconde thématique, Koenig (1993) oppose l'« essence de la réalité » qui est considérée comme ordonnée et imposée aux acteurs, à celle qui est considérée comme le fruit de leur construction.

La position essentialiste revient à dire que la réalité existe en tant que telle, elle est essentielle, et le chercheur poursuivra le dessein de la révéler. Alors que le positionnement non-essentialiste, considère que la réalité « n'existe que » dans un contexte, construite par les personnes qui la vivent, la décrivent, l'expérimentent. La réalité n'aurait ainsi pas d'essence propre, elle

dépendrait de ses observateurs, de leurs conventions, de leurs normes, de leurs outils de mesure (Allard-Poési F. et Maréchal G., 2014, p. 22-26).

Ainsi, dans l'approche positiviste, le chercheur est indépendant de son objet d'étude. Son objectif est de découvrir la structure de la réalité en identifiant les insuffisances théoriques permettant d'expliquer ou de prédire la réalité.

Dans l'approche constructiviste, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes. Cette méthode est fréquemment utilisée dans la littérature sur la gestion de projet au travers des cas cliniques pour lesquels le chercheur intervient dans les organisations (Le Masson P., 2001 ; Lenfle S., 2001). L'objectif est de construire une représentation instrumentale et/ou un outil de gestion utile pour l'action afin de transformer la connaissance en élaborant de nouvelles réponses.

En fin, dans l'approche interprétativiste, si le chercheur est en interaction avec son objet, son objectif n'est pas d'intervenir mais de comprendre les phénomènes en étant immergé dans ces derniers. C'est dans ce cadre épistémologique que nous nous sommes placé.

Dans notre cas, l'objet de notre étude, le dispositif MAIA, présente une méthode d'organisation des acteurs du secteur sanitaire, médico-social et social sur un territoire donné qui vise à les mettre en intégration afin d'apporter la meilleure solution pour les patients. Nous avons pris contact à ces dernières, et nous avons effectué des entretiens semi-directifs.

Le positionnement épistémologique choisi implique des restrictions en terme de méthodologie. Dans cette logique de compréhension, nous avons mobilisé les méthodes qualitatives et notre démarche a consisté à décrire les faits à partir des entretiens avec des acteurs de la méthode MAIA.

CHOIX METHODOLOGIQUES

Afin de répondre à notre problématique nous mobilisons **des méthodes qualitatives** pour étudier les liens entre les acteurs du système de santé, réformes impliquées, performances du système et résultats financiers.

Ainsi, nous étudions **les dispositifs MAIA** (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) de Nice, Grasse et Antibes, **et surtout les liens entre différents acteurs dans le cadre des ces MAIA par les entretiens semi-directifs en face-à-face avec des professionnels des organisations-membres des MAIA** pour répondre aux questions suivantes :

- En quoi les MAIA changent la gouvernance existante sur le territoire ?

- En quoi les MAIA réussissent ou pas à répondre aux attentes de la gouvernance ?

Sujet des entretiens : les questions relatives à la mise en place de la gouvernance, à la crédibilité des engagements des acteurs et aux formes du contrôle.

Les MAIA de Nice et de Grasse nous intéressent particulièrement car initialement envisagée comme une MAIA unique dans l'organisation de ce dispositif, les spécificités des populations prises en charge et des territoires couverts par ce réseau ont amenés les acteurs existant sur les deux villes à se scinder en deux réseaux indépendants se centrant chacun sur leur territoire respectif. Ainsi, cette expérience montre combien il est important de pouvoir mobiliser des acteurs de terrain partageant les mêmes besoins territoriaux et une même population de patients.

Afin d'étudier l'environnement institutionnel des MAIA de Nice et Grasse avons fait 22 semi-directifs auprès de 28 représentants du dispositif MAIA (Tableau 0.2) entre le mois d'avril et d'août 2015. Les entretiens ont eu une durée entre quarante minutes et trois heures vingt minutes au cours desquelles nous avons posé des questions à partir de notre guide d'entretien (voir Annexe A, page 93). Chaque entretien a été enregistré et retranscrit dans son intégralité. Nous avons ainsi 870 pages interligne de 1,5 page A4.

Tableau 0.2 Liste des acteurs des dispositifs MAIA de Nice, Grasse et Antibes

L'environnement institutionnel des MAIA de Nice, Grasse et Antibes		
1. ARS		
2. Conseil Général 06		
MAIA de Nice	MAIA de Grasse	MAIA d'Antibes
1. Porteur, l'association C3S (Centre de Soutien Santé Social) 2. Pilote de la MAIA 3. Gestionnaires de cas 4. CHU de Nice/ CHU de Nice / Pôle de gériatrie/ Unité de Court Séjour de Gériatrie Aiguë 5. SSIAD - CCAS de Nice/ Service de soutien à domicile - ESA (Equipe spécialisée Alzheimer) 6. ADRIS Services d'aides à domicile de Nice 7. HAD Nice et régions/ Hospitalisation à Domicile de Nice Ouest/ Territoire : Nice et Ouest du département dont Antibes 8. CMRR de Nice/ Centre Mémoire de Ressources et de Recherche 9. SIAS de CCAS de Nice 10. Clinique Médicale Les Sources de Nice	1. Porteur, le CH de Grasse 2. Pilote de la MAIA 3. Gestionnaires de cas 4. Réseau AG3 5. CCAS-CLIC de Grasse/ CLIC Plateforme Gériatrique Grasse – CCAS 6. SSIAD Grasse/ Organisme Gestionnaire CCAS de Grasse 7. EHPAD de Grasse 8. Services d'aide à domicile de Grasse	1. Pilote de la MAIA 2. Gestionnaire de cas 3. CMP d'Antibes 4. CCAS d'Antibes

Afin de mieux connaître le sujet avant l'enquête sur le terrain nous avons analysé des données secondaires:

- documents internes des institutions représentatives : rapports, articles
- bases de données existantes (INSEE, IRDES, DREES)
- Les rapports de la Cour des Comptes de 2011, 2012 et 2013
- Les rapports du Ministère des affaires sociales et de la santé, comme : "Un projet global pour la stratégie nationale de santé—19 recommandations du comité des «sages»."
- Les articles correspondants au sujet du travail de recherche des revues classées par la FNEGE et le CNRS

Afin de réaliser l'analyse empirique de la thèse nous utilisons des sources primaires :

Entretiens semi-directifs avec les acteurs des MAIA de Nice, de Grasse et d'Antibes.

Silverman (2009) souligne l'impossibilité d'avoir des informations complètes sur tout phénomène. Dans ce sens, l'utilisation d'instruments différents pour récolter les informations sur un même phénomène permet d'atteindre la saturation avec des informations complètes et différenciées. Nous avons aussi utilisé les données secondaires propre au fonctionnement de la MAIA, tels que les rapports d'étapes des pilotes des MAIA et les rapports de l'organisation-tutelle, pour mieux comprendre le dispositif et mettre en évidence leurs problèmes.

Résultats attendus de la recherche

Notre **apport théorique** consiste à contribuer à la refondation des modèles de gouvernance et de performance dans le domaine de la santé

D'après la problématique générale, **notre apport managérial** consiste à répondre aux questions ci-dessous :

1. En quoi les MAIA changent la gouvernance existante sur le territoire ?

La mise en place du dispositif MAIA, à travers le pilote du dispositif qui coordonne l'intégration des acteurs, permet de mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en capitalisant sur leur richesse, prenant en compte l'ensemble des ressources au plus près des besoins du territoire et de corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations.

2. En quoi les MAIA réussirent ou pas à répondre aux attentes de la gouvernance ?

La méthode MAIA permet de constater une meilleure gestion des demandes, en matière d'information, d'orientation et de prise en charge des personnes âgées, ce qui signifie une vraie valeur sociale. Pour le malade, la prise en charge devient optimale, globale et très complète, avec des interventions où le qualitatif l'emporte sur le quantitatif. Les acteurs de terrain louent aussi une réactivité meilleure pour mettre en œuvre les ajustements nécessaires, chaque partenaire est mieux informé et surtout bénéficie d'un appui en cas de problème à résoudre.

Notre **apport pour le système de santé russe** consistera, en se basant sur l'expérience positive de la France et sur l'analyse critique des limites du système de santé français, à proposer des dispositions originales pour la réforme du système de santé en Russie visant à améliorer l'efficacité du système actuel de financement et compte tenu des spécificités du pays, mettre en œuvre des méthodes et outils innovants pour optimiser les dépenses publiques.

PLAN D'EXPOSITION DE LA THESE

Le document présenté ici pour notre thèse se rapproche de la forme d'une thèse sur travaux, il repose sur la thèse rédigée en russe dans le cadre de cotutelle et présentée ici comme un résumé des principaux résultats et sur de deux articles rédigés avec M. Thierry Garrot, Maître de conférences HDR et HC en Sciences de Gestion à l'Université de Nice Sophia Antipolis à l'Institut d'Administration des Entreprises et Nathalie Angelé-Halgand, Maître de conférences HDR et HC, Département de recherche en Management de la Santé, Faculté de Médecine / LEMNA, Université de Nantes, en cours de soumission pour publication. Nos travaux contribuent à une meilleure compréhension des défis posés aux systèmes de santé français et russe, liés à l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la sécurité des services de soins dans des conditions de restrictions budgétaires et de fragmentations multiples.

Le **Chapitre 1**, le résumé de la thèse rédigée en russe comprend les principaux apports qui portent sur les objectifs suivants : étudier les principales caractéristiques des services médicaux en tant que biens à double nature (biens privés et publics) ; révéler les approches théoriques des réformes des systèmes de santé ; analyser les réformes actuelles du système de santé en France ; analyser les résultats de ces réformes et les limites actuellement identifiées et en basant sur l'expérience positive française, identifier les mécanismes efficaces de régulation du système de santé et proposer des dispositions originales pour la réforme du système de santé en Russie, en tenant compte des spécificités du pays.

Le **Chapitre 2**, le propos du premier article, soumis à la publication dans la revue *Gestion et Management Public*, après avoir fait l'objet de deux communications dans la 5^{ème} Conférence internationale « L'avenir de l'Europe et de la Russie dans le monde après la crise » le 6 mai 2015 à l'Université de Nice Sophia Antipolis à Nice et le 3^{ème} Congrès Aramos : Maladies chroniques et Offre de soins dans les Territoires, à l'IAE de Montpellier, le 25-26 novembre 2015, est de discuter la question des territoires dans le domaine de la santé en France et en Russie. Il s'agit ici d'étudier la pertinence de ces deux unités territoriales : la région et le territoire local pour organiser la santé de la population. Ces sources disciplinaires variées nous conduisent à étudier différents défis à relever dans les territoires pour assurer une gouvernance territoriale de qualité du système de santé dans une dimension d'organisation de l'action collective. Un bilan partiel du mouvement de régionalisation de la santé en France et en Russie de leurs impacts sur la gouvernance du système de santé est présenté. Pour ce faire nous utilisons une grille de lecture empruntée à l'économie politique, notamment développée par E. Ostrom en étudiant les apports potentiels des systèmes auto-organisés et autogouvernés pour le secteur de la santé.

Le **Chapitre 3**, le deuxième article, soumis à la publication dans la revue *Politique et Management Public* après deux présentations de communication au 6^{ème} Colloque Santé 2015 « La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale » à Marseille, le 8-9 avril 2015 et au 4^{ème} Colloque AIRMAP « Les nouveaux territoires du management public » à Lyon, le 28-29 mai 2015, aborde une forme de gouvernance alternative, reposant sur la capacité d'organisation des acteurs, comme l'illustrent les réseaux de santé. Pour cela, nous mobilisons une grille de lecture inspirée des sciences politiques notamment développée par E. Ostrom en étudiant les apports potentiels des systèmes auto-organisés et autogouvernés pour le secteur de la santé. La proposition théorique est développée à travers le programme Tarification au Cycle de Soins (TCS) inspiré par des travaux d'Ostrom et qui propose une réponse à une série de défis posés à tout système de gouvernance d'une action collective. Ainsi, successivement les dilemmes associés à la mise en place de la gouvernance, celui de la crédibilité des engagements et enfin, le dernier dilemme relatif à la surveillance mutuelle sont abordés avec une dimension praxéologique. Des propositions élaborées dans ce cadre ressort la nécessité d'accompagner une évolution importante du rôle des tutelles, qui passerait d'une maîtrise d'œuvre à une maîtrise d'ouvrage.

À partir des résultats obtenus, nous présentons les résultats de notre travail doctoral par une synthèse de la recherche menée, une présentation de ses principaux apports et limites.

La figure 0.1 ci-dessous présente l'organisation de la thèse.

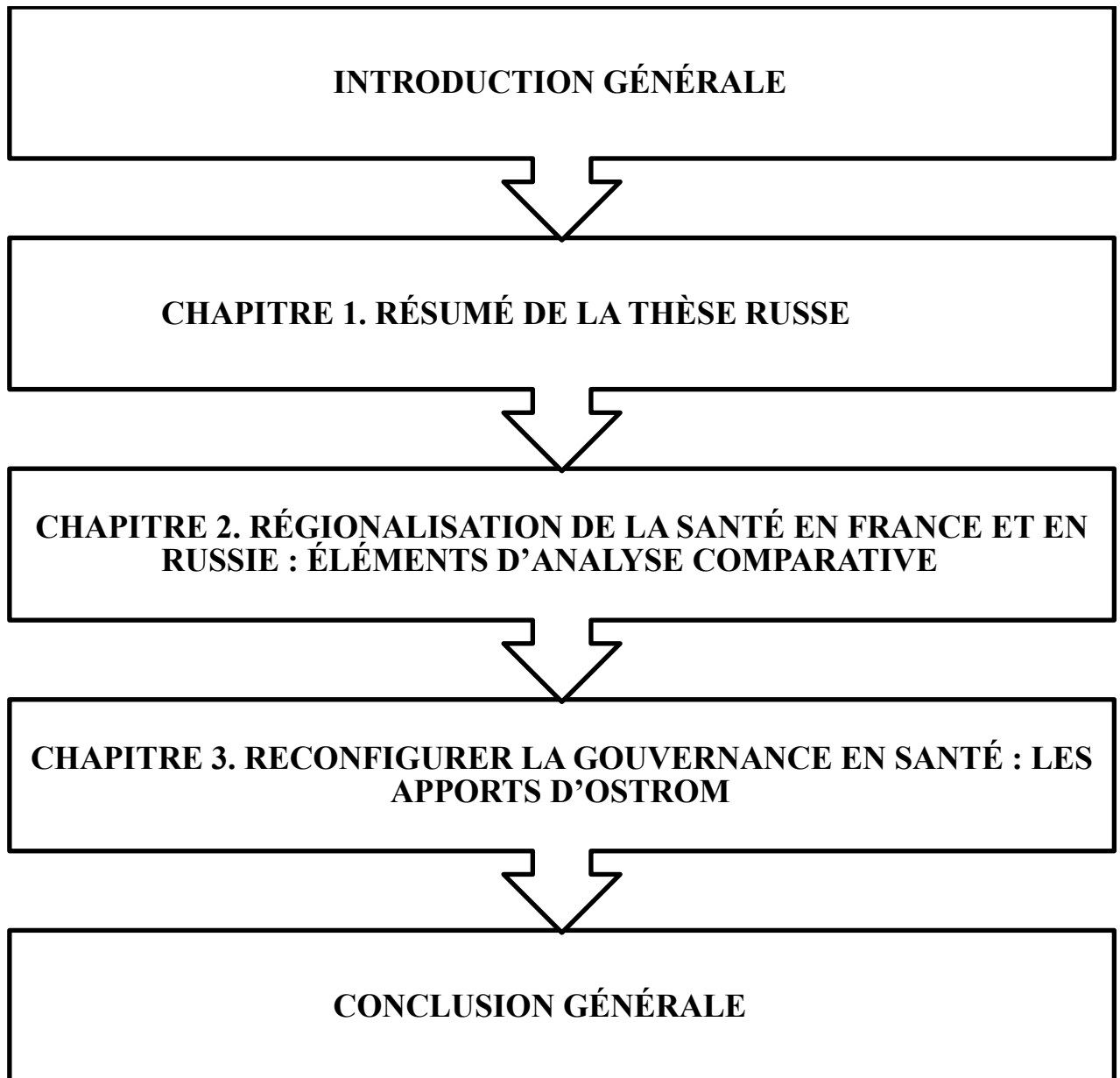


Figure 0.1. Plan de la these

Chapitre 1. Résumé de la thèse russe

La thèse est présentée à l'Université Russe de l'Amitié des Peuples (l'URAP) à Moscou sous la direction de

Mme le Professeur Elena PONOMARENKO, docteur d'État en économie, chef du département de l'économie politique.

La thèse est rédigée dans le cadre d'une convention de cotutelle entre la Faculté d'économie de l'URAP et l'Institut d'Administration des Entreprises de l'Université de Nice Sophia Antipolis (IAE de l'UNS), les co-directeurs de thèse sont

Mme le Professeur Irène GEORGESCU, Professeur des Universités, Université de Montpellier, Institut des Sciences de l'Entreprise et du Management (ISEM), et

M. Thierry Garrot, Maître de conférences HDR en Sciences de Gestion Université de Nice Sophia Antipolis à l'Institut d'Administration des Entreprises.

Les rapporteurs russes sont:

Mme Marina KLINOVA, docteur d'État en économie, chercheur du Centre des recherches européens de l'Institut d'économie internationale de l'Académie des sciences de Russie

Mme Marina KOLOSITSYNA, PhD en économie, chef du département des recherches du secteur public de l'Université nationale de recherche « École des hautes études en sciences économiques » (EHESE)

L'expertise de thèse russe est faite par l'Université d'État Lomonossov de Moscou, Faculté d'économie, Département d'économie politique

Présentation générale de la thèse

La pertinence de l'étude

La protection de la santé et la promotion d'un mode de vie sain sont nécessaires pour la garantie de la prospérité des gens, le développement socio-économique d'un pays et de l'économie mondiale en général. Pour ce faire, les gouvernements doivent développer leurs systèmes de santé afin que toutes les personnes aient accès à des services de santé et n'aient pas de difficultés financières lors de leur paiement.

Tout modèle de la santé est basé sur une compréhension des spécificités des services médicaux comme des biens économiques, ce qui détermine le rôle de l'État et du marché dans le cadre de l'organisation et du financement des systèmes de santé nationaux. Les approches théoriques existantes des réformes des systèmes de santé montrent l'existence de l'isomorphisme mimétique dans le secteur de la santé caractérisée par les l'ambiguïté des objectifs, le rôle de l'incertitude, les causes qui sont obscures ou les solutions inconnues. Dans ce cas, afin d'engendrer des solutions efficace à moindre coût, les états construisent leurs systèmes de santé nationaux, en se concentrant sur les systèmes des « pays-modèles ». C'est pourquoi l'étude de l'expérience étrangère des réformes des systèmes de santé a un intérêt particulier pour la Russie.

Le système de santé français, qui est classé parmi les tous premiers du monde en termes de résultats par les études internationale (l'OMS notamment), est considéré comme le plus approprié pour l'analyse. Comme le système de santé russe, il intègre les éléments du modèle bismarckien (financé par des cotisations) et beveridgien (financé par des impôts) avec la présence de l'Etat qui joue un rôle prépondérant dans la régulation du système. Pour optimiser les dépenses et augmenter l'efficacité du système la France a mis en œuvre des mécanismes de marché et des outils de régionalisation de la santé. Les mêmes tendances sont observés dans les réformes du système de santé russe.

Ainsi, l'étude des réformes du système de santé français est pertinente et présente une valeur théorique et pratique pour les réformes du système de santé russe.

Brève revue de la littérature

La base théorique fondamentale de l'étude sont des ouvrages des scientifiques suivants: D. Stiglitz, K. Arrow, T. Getzen, D. Saltzman, S. Thompson, T. Foubister, E. Mossialos etc.

Les questions de la concurrence efficace dans le domaine de santé sont soulevées dans les travaux de W. Hsiao, T. Rice, D. Dranove, M. Satterthwaite, M. Gaynor etc.

Les problèmes des réformes des systèmes de santé sont étudiés dans les recherches de A. Enthoven, M. Porter et E. Teisberg, J. Kutzin, W.P. Van de Ven etc.

Les approches modernes des réformes des systèmes de santé et le concept du modèle des soins intégrés sont présentés dans les travaux de G. Naro, N. Angelé-Halgand, I. Georgescu, T. Garrot etc.

Parmi les scientifiques russes, les problèmes de santé sont étudiés par I. Sheiman, S. Shishkin, M. Kolosnitsyna, E. Ponomarenko, V. Issaev, N. Nureeva, I. Baranov, O. Diguilina, B. Rozanov, A. Ragozin, N. Kravchenko, G. Ulumbekova etc.

Bien que le nombre des travaux sur la problématique donnée soit important, il reste encore à étudier les approches théoriques pour formuler des recommandations pratiques afin d'augmenter l'efficacité des services de soins rendus par le système de santé national de la Russie.

Les objectifs et les tâches de la thèse sont définis à partir de la nécessité d'effectuer une recherche globale des approches théoriques des réformes des systèmes de santé et une étude pratique de l'expérience des « pays-modèles », surtout la France, dans le cadre des réformes mises en œuvre et visant à améliorer l'efficacité du système.

Objectif de la thèse : définir les modèles théoriques et mécanismes d'optimisation des dépenses de santé en garantissant l'accès et la qualité des services de soins ; révéler les meilleurs pratiques du système de santé français.

Tâches de la thèse :

- étudier les principales caractéristiques des services médicaux en tant que des biens à double sens (biens privés et publics) ;
- analyser la structure et les éléments principaux des systèmes de santé les plus efficacement organisés ;
- révéler les approches actuelles de réformes des systèmes de santé ;
- présenter les réformes actuelles du système de santé en France, visant à optimiser les dépenses de santé, freiner la hausse des prix des services de soins et augmenter l'efficacité de la santé dans le cadre de la crise économique mondiale. Analyser les résultats de ces réformes et les limites actuellement identifiées ;
- en basant sur l'expérience positive française, identifier les mécanismes efficaces de régulation du système de santé et proposer des dispositions originales pour la réforme du système de santé en Russie, en tenant compte les spécificités du pays.

Objet de la thèse : système de santé français

Sujet de la thèse : relations économiques entre les parties prenantes du systèmes de santé dans le cadre des réformes visées à augmenter la qualité des services de soins en optimisant les dépenses de santé.

Fondements théoriques et méthodologiques de la thèse

La méthodologie de la thèse est basée sur les principes de l'analyse systémique et l'approche scientifique interdisciplinaire. Les méthodes suivantes sont utilisées afin de mener les recherches : méthodes empiriques (la collecte, l'étude, la comparaison des données), méthode de l'analyse comparative et méthode de compilation des données statistiques, synthèse de l'information théorique et pratique, principes de la logique formelle.

Les méthodes de groupement et classification des données sont utilisées afin de traiter et systématiser l'information. L'analyse des résultats est présentée sous forme de tableaux et de schémas.

La valeur théorique et pratique de la thèse

La valeur théorique de l'étude est la suivante : les résultats théoriques et pratiques peuvent être utilisés par le gouvernement russe dans le cadre de l'élaboration et l'amélioration des stratégies de développement du système de santé et la mise en œuvre des réformes d'organisation et de financement de la santé.

Les éléments de l'étude peuvent être appliqués lors de l'enseignement des disciplines suivantes : « Économie et finances du secteur public », « Économie et finance de la santé », ainsi que peuvent être à la base d'élaboration des nouvelles disciplines.

Structure de la thèse

Introduction – 9 pages

Chapitre 1 : Théorie des réformes des systèmes de santé. Problèmes principaux et solutions possibles - 52 pages

1.1 La santé comme la partie du secteur public de l'économie : les caractéristiques des services médicaux comme les biens économiques – 19 pages

1.1.1 Les caractéristiques des services médicaux comme les biens économiques

1.1.2 Analyse de l'efficacité des mécanismes du marché dans la santé : l'introduction de la concurrence

1.1.3 La nécessité de l'intervention de l'état : points forts et défauts

- 1.1.4 L'approche théorie néo-institutionnelle dans l'organisation du système de santé : la théorie de l'économie publique et la théorie des réseaux d'entreprises

1.2 Approches théoriques des réformes à travers le monde – 22 pages

- 1.2.1 Modèles des systèmes de santé dans le monde
- 1.2.2 Les réformes des systèmes de santé sur la base de l'assurance privée (modèle de la concurrence régulée) : l'expérience des Etats-Unis
- 1.2.3 Le modèle de la concurrence régulée dans les systèmes de santé des pays de l'UE
- 1.2.4 Le modèle de régulation quasi-marchande: l'expérience de la GB

1.3 L'analyse comparative de la performance et de l'efficacité des systèmes de santé dans le monde. –8 pages

Conclusion du premier chapitre – 3 pages

Chapitre 2 : Les réformes du système de santé en France : situation actuelle, tendances, résultats – 38 pages

2.1 L'organisation du système de santé de France – 11 pages

- 2.1.1 Système hospitalier
- 2.1.2 Système des soins ambulatoire

2.2 Le financement du système de santé français – 10 pages

- 2.2.1 Les sources de financement
- 2.2.2 ONDAM et répartition du financement
- 2.2.3 L'analyse de la structure du financement des dépenses du système de la santé

2.3 L'évolution des réformes du système de la santé: résultats, problèmes et perspectives de développement – 15 pages

- 2.3.1 L'analyse des réformes français
- 2.3.2 Réformes de régulation de la demande
- 2.3.3 Réformes de régulation de l'offre
- 2.3.4 Résultats des réformes et limites du système

Conclusion du deuxième chapitre – 2 pages

Chapitre 3. La réforme du système de santé en Russie: les possibilités théoriques et pratiques de la transposition de l'expérience française – 38 pages

3.1 L'évolution des réformes du système de santé en Russie – 16 pages

- 3.1.1 L'état actuel du système de santé en Russie
- 3.1.2 L'analyse des résultats des réformes menés dans le système de santé russe
- 3.1.3 L'analyse des défis actuels
- 3.1.4 Stratégie nationale de la Santé 2020: perspectives de la réalisation

3.2 Les défis actuels des systèmes de santé français et russe – 5 pages

- 3.2.1 L'accès aux soins
- 3.2.2 Les problèmes de la gouvernance
- 3.2.3 Les problèmes de la coordination
- 3.2.4 Les problèmes du financements

3.3 Les possibilités d'impliquer l'expérience de la France pour améliorer l'efficacité du système de santé en Russie. – 15 pages

- 3.3.1 Les spécificités de l'approche régionale et de l'intégration des soins
- 3.3.2 Modèle de soins intégrés : Expérimentations de voies alternatives de financement et d'incitation : La Tarification au Cycle de Soins (TCS)
- 3.3.3. Méthode MAIA : analyse pratique

Conclusion du troisième chapitre – 2 page

Conclusion générale – 9 pages

Références – 13 pages

Annexes – 4 pages

Présentation détaillée des résultats les plus significatifs de la thèse

1. En fonction de la double nature des biens médicaux (à la fois privés et publics), les caractéristiques des services de santé ont été spécifiées selon les critères de non-rivalité et non-exclusion. La tendance de l'augmentation de la part des biens médicaux publics purs et mixtes dans les pays développés est prouvée, ce qui détermine le degré élevé de régulation par l'État dans l'organisation et financement des systèmes de santé.

Les biens médicaux sont différents des biens économiques ordinaires, quand la production et la consommation sont déterminées par la demande et l'offre sur le marché. Le volume de la consommation des services de soins ne peut pas être déterminé seulement par le niveau de solvabilité des personnes. Les biens et services médicaux d'intérêt social (des biens tutélaires) déterminent le rôle particulier de la disponibilité et de l'égalité dans leurs consommations. Dans ces circonstances, l'intervention de l'État s'effectue pour assurer la justice sociale et pas du point de vue de l'efficacité économique. Dans le secteur de la santé, c'est l'État qui finance et assure la mise en œuvre des recherches fondamentales et pratiques, subventionne la formation en médecine, organise la statistique médicale, crée un système global de surveillance sanitaire et épidémiologique, contrôle la propagation des maladies infectieuses etc. Ainsi, dans la plupart des pays développés l'État joue un rôle prépondérant dans le financement des systèmes de santé.

Néanmoins, la régulation par l'État et la régulation par le marché présentent respectivement des avantages et des défauts (voir le tableau 1.1), qui sont liés aux fait que le fonctionnement des systèmes de santé est principalement basé sur la force des relations sociales qui se posent dans le cadre des activités des parties prenantes des systèmes. Un rôle particulier dans ce type de relation est attribué aux facteurs de motivation, coordination et concertation des acteurs des systèmes.

Tableau 1.1. Les défaillances du marché et de l'État dans le domaine de la santé

Limites de la régulation par le marché	Limites de la régulation par l'État
La priorité pour les fabricants de produits et services médicaux est de maximiser le profit, et pas la santé ou le bien-être de la société	La concurrence restreinte ou interdite dans le secteur de santé conduit à une production et répartition inefficace de biens et de services médicaux par le secteur public

Limites de la régulation par le marché	Limites de la régulation par l'État
Sans régulation la sélection adverse peut ruiner les marchés de l'assurance privée. L'impact de l'aléa moral conduit à la surconsommation de services médicaux.	La suppression du mécanisme des prix fausse le signal du marché, ce qui conduit à un comportement inefficace des fournisseurs de soins de santé
Le marché ne produit pas de biens publics : les recherches fondamentales, le contrôle de la propagation des maladies infectieuses, l'établissement des standards de formation professionnelle etc.	Le gouvernement agit en évitant les pertes mais sans tenir compte des pertes cachées des coûts d'opportunité (des coûts alternatifs)
Sans l'intervention de l'État des fournisseurs de biens et de services médicaux préfèrent utiliser les technologies très coûteux pour la population, mais qui est seulement rentable pour leurs organisations.	Pas d'incitation de la part du gouvernement pour développer les nouvelles technologies
L'environnement concurrentiel ne correspond pas avec l'éthique médicale.	Pas de mécanismes automatiques qui réagit aux variations de demande et d'offre

Source: adapté de Getzen T.E. Health economics: fundamentals and flow of funds. : John Wiley & Sons New York, 1997

Avec la mise en place des mécanismes de marché, le problème de la fragmentation des acteurs principaux du secteur de santé est apparu : chaque prestataire de services de soins est confronté au problème de coordination ses actions avec les autres prestataires. Ce problème est particulièrement important lors du traitement des maladies chroniques ou dans le cas des poly morbidités, surtout chez les patients âgés. Afin de surmonter ce problème les pays développés introduisent les mécanismes d'intégration des parties prenantes dans leurs systèmes de santé et élaborent des programmes efficaces dans le domaine de l'intégration des soins qui porte une attention particulière aux patients à haut risque.

Ainsi, nous avons prouvé l'efficacité d'un modèle d'intégration des services de soins, basée sur l'échange d'informations, l'amélioration de la coordination entre les parties prenantes, la mise en œuvre de méthodes intégrées de paiement, l'élaboration des directives cliniques générales, etc.

2. Un classement des types principaux des systèmes de santé des pays développés a été effectué par l'auteur en terme de modes de régulation, ainsi qu'une analyse de leurs avantages et défauts en fonctions des critères de performance clés (critères définis par l'OMS – l'Organisation Mondiale de Santé) (Tableau 1.2).

Tableau 1.2. Avantages et défauts des principaux types de systèmes de santé

Modèle du système de santé	Avantages	Défauts
Financement privé	• accent est mis sur la qualité des soins et sur la protection des droits des patients, • libre choix du médecin et des établissements de santé, • haute rémunération des travailleurs de la santé, • la mise en place des hautes technologies et les dépenses élevées des recherches fondamentales en santé.	• croissance plus forte des dépenses totales de santé, • absence d'égalité d'accès et de garanties sociales pour la population, • utilisation abusive des procédures médicales coûteuse et concurrence déloyale des prestataires des services de soins, • hausse de la demande due au fournisseur, qui pourrait ensuite influencer sur les coûts des services des soins etc.
Modèle de Beveridge	• accent sur la prévention des maladies, • forte intérêt à réduire la morbidité et l'offre des services de soins à cause de la nature centralisée du financement du système de santé, • accès universel aux soins de santé (couverture universelle).	• fort impact du montant des dépenses de santé sur les coûts des autres dépenses budgétaires, • droit des patients ne sont pas toujours respectés, • baisse de la qualité des services médicaux dans le temps, • restriction de la mise en œuvre des nouvelles technologies médicales.

Modèle du système de santé	Avantages	Défauts
Modèle bismarckien	• séparation entre la prestation et le financement des services de santé, • contrôle de la qualité des soins et suivi de leurs coûts de la part des financeurs, • couverture presque totale de la population par l'assurance maladie obligatoire, certain nombre des services de soins sont fournis gratuitement • libre choix des assureurs par les employés ou la population etc.	• forte dépendance aux bases de revenus issues des cotisations de la population active, • nombre important et diversité des programmes d'assurance compliquent la mise en place de la politique de santé, • fragmentation des programmes d'assurance amène à une augmentation du coût de traitement etc.

Sources : adapté des études de G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner

Une analyse comparative des modèles de réformes des systèmes de santé a été effectuée selon des critères suivants choisis par l'auteur : le niveau général de santé de la population (indicateurs QALY (*Quality adjusted life year*) et DALE (*Disability adjusted life expectancy*)), la capacité de réaction aux préférences de la population (indicateur intégré qui inclus l'accès, l'égalité, la qualité et la sécurité des soins etc.), ainsi que la protection financière proposée par le système (le niveau des dépenses totales, d'État et privées de santé) et la productivité de ce dernier. Les résultats d'analyse sont présentés dans le tableau récapitulatif 1.3.

Tableau 1.3. Classement récapitulatif des pays selon l'efficacité de leurs systèmes de santé

Pays	Classement de l'OMS (2000)	Classement Bloomberg (2014)	Classement Commonwealth Fund (2014)	L'espérance de vie à la naissance (année)	Dépenses totales de santé (% du PIB)	Dépenses en santé par habitant (US \$ PPA)	Type de système de santé
Australie	31	6	4	82,1	9,1	6,140	beveridgien
Grande-Bretagne	18	10	1	81,5	9,4	3,647	beveridgien

Pays	Classement de l'OMS (2000)	Classement Bloomberg (2014)	Classement Commonwealth Fund (2014)	L'espérance de vie à la naissance (année)	Dépenses totales de santé (% du PIB)	Dépenses en santé par habitant (US \$ PPA)	Type de système de santé
Allemagne	25	23	5	80,9	11	4,683	bismarckien
Italie	2	3	-	82,9	9	3,032	beveridgien
Canada	30	21	10	81,2	11	5,741	beveridgien
Pays-Bas	17	40	5	81,1	12,5	5,737	bismarckien
États-Unis	37	44	11	78,7	17,2	8,895	privé
Russie	130	51	-	70,5	6,3	887	bismarckien
France	1	8	9	82,6	11,8	4,690	bismarckien
Suisse	20	15	2	82,7	11,4	8,980	bismarckien

Source: réalisé par l'auteur sur la base du rapport « *Health and health systems in the Commonwealth of Independent States* »¹

Selon l'analyse des données du tableau 3, l'obtention du même niveau de santé pour la population exige des pays avec un modèle de financement privé à dépenser plus de ressources par rapport aux pays avec un modèle bismarckien ou beveridgien. Ainsi, les systèmes de santé de la France ou de Grande-Bretagne sont plus efficaces, alors que les États-Unis occupent les dernières positions avec des dépenses de santé par habitant les plus élevées dans le monde.

Dans le même temps, il est extrêmement difficile de déterminer l'avantage du modèle de financement bismarckien sur le modèle beveridgien ou l'inverse : les deux modèles sont confrontés au problème de la croissance forte des dépenses totales et essaient de les optimiser sans réduire la qualité et l'accessibilité des soins de santé.

3. Les mécanismes et instruments principaux des réformes des systèmes de santé des pays développés ont été analysés. (cf. Tableau 1.4)

¹ <https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/107288273>

Tableau 1.4. Approches théoriques des réformes des systèmes de santé

Types des systèmes	Système de financement privé	Système bismarckien (financement par l'assurance maladie)	Système de Beveridge (financement par l'État)
Modèle de réformes	Modèle de la concurrence encadrée (managed competition model)	Modèle de quasi marché concurrentiel de santé	
		Mise en place d'un marché concurrentiel régulé	Création d'un marché interne (internal market)
Principales caractéristiques	- « achat groupé des services médicaux de la part d'un grand nombre de clients » ; - transfert de responsabilité pour le choix rationnel des assureurs aux assurés eux-mêmes	- financeurs sont acheteurs informés des services médicaux ; - plus grande autonomie des prestataires des services médicaux, le renforcement de leur responsabilité financière pour les résultats de leurs activités ; - mise en place de la concurrence dans les conditions du budget défini et de la régulation par l'État ;	
Choix du consommateur	- extension du choix du consommateur informé et motivé économiquement => augmentation de l'efficacité de l'utilisation des ressources du système de santé	- « l'argent suit le patient » (la population peut choisir librement les établissements médicaux, restant « insensible » aux prix des soins) ;	
Organisation et la prestation des services de santé	- l'intégration des assureurs et des fournisseurs des services médicaux aux « systèmes médicaux intégrés », ce qui facilite la manipulation du système de prestation des services de soins	- les assureurs prennent les fonctions de la planification et de l'organisation des services médicaux	- séparation des fonctions du financement et de la prestation des services médicaux ; - les acheteurs des services médicaux paient pour le résultat final (des services médicaux rendus selon les standards fixés)
Égalité d'accès aux soins et la couverture	- mise en place des mesures contre la sélection des risques par les assureurs ; - procédure commune d'adhésion au régime d'assurance uniquement par l'intermédiaire de sponsor	- persistance du système des garanties de l'État ; - régulation par l'État afin de garder la solidarité de l'assurance maladie obligatoire.	- couverture universelle et accès aux services médicaux par la mise en place de la concurrence entre les établissements de santé.
Efficacité	- réduction des coûts à travers l'incitations des assureurs. Seuls les financeurs peuvent résoudre les problèmes de l'inefficacité ; - problème de l'efficacité est la transmission du signal de prix du marché de l'assurance maladie au marché de prestation des services médicaux	- facteur décisif de l'augmentation de l'efficacité est la mise en concurrence des prestataires des services médicaux (y compris la création des structures intégrées).	- augmentation de l'efficacité par la création d'un marché concurrentiel : l'interaction entre les établissements médicaux et le Service national de santé sur la base des relations de marché ; création des « marchés internes » afin de réguler la prestation des services médicaux.
Rôle de l'Etat	- garantie d'une protection sociale de base indépendamment de la solvabilité de la personne ou de son état de santé ; - préservation des caractéristiques principales de l'assurance maladie volontaire ; - collecte des informations sur la qualité des soins et standardisation d'ensemble des services médicaux fournis par les programmes d'assurance	- rôle crucial des intermédiaires d'assurance qui sont en concurrence et qui opèrent dans le système de l'assurance maladie obligatoire - l'État régule la prestation d'ensemble minimal des services médicaux et la fixation des normes de qualité ; division des risques financiers des assureurs ; démonopolisation du marché de l'assurance maladie	- garantie d'une protection sociale de base indépendamment de la solvabilité de la personne ou de son état de santé ; - Service national de santé refuse de représenter les intérêts des établissements médicaux et devient un acheteur des services médicaux qui agit dans l'intérêt public ; - préservation d'une régulation étatique forte du financement du système de prestation des soins

Source: adapté d'après I. Sheiman « Réformes d'organisation et de financement de santé »//M.: Izdatcenter —1998.

En dépit de différences des systèmes de santé, les mécanismes communs des réformes ont été relevés : mise en place du principe de libre choix du consommateur, la définition des financeurs comme les acheteurs informés des services médicaux, nouvelles formes d'interaction avec les prestataires de soins de santé.

Des résultats de la mise en place des réformes ont été assez vagues sous l'influence des conditions réelles de fonctionnement de l'économie et la situation politique dans les différents pays. L'objectif principal des réformes des pays européens et des Etats-Unis est l'augmentation de l'efficacité de la gestion, la maîtrise des dépenses, le renforcement de la responsabilité financière et de la transparence des établissements de santé et des médecins libéraux, l'amélioration de l'interaction et de la concertation entre les soins de ville, le secteur hospitalier et les professionnels de santé.

Analyse comparative des trois principaux types de systèmes de santé a montré une convergence des systèmes. Ainsi, la base des réformes du modèle bismarckien et du modèle de Beveridge sont les mécanismes du modèle du « *Managed care* » (Kongstvedt, 1995), élaboré pour le système de santé des États-Unis. Cependant, les réformes du modèle de financement privé des Etats-Unis, outre l'introduction des mécanismes de marché, comprennent aussi l'extension de la couverture d'assurance maladie et l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour toute la population (couverture universelle), mais aussi la régulation des tarifs des programmes d'assurance et la gestion de leurs contenus (services médicaux proposés). Ainsi, le système de santé des États-Unis (financement privé) se rapproche des systèmes de santé des pays européens où l'État joue un rôle majeur dans la régulation.

4. Les caractéristiques principales de l'organisation et du financement du système de santé français ont été étudiées, en particulier, la mise en place des réformes de régulation de la demande et de l'offre des soins.

Selon l'analyse faite, en France le système de santé a une organisation mixte qui repose sur plusieurs principes fondamentaux : le système français prévoit des régimes sociaux liés à une activité professionnelle et en même temps a vocation à couvrir les risques de santé pour l'ensemble de la population. Cette généralisation de l'assurance maladie garantit l'accès aux soins du plus grand nombre et le fonctionnement global du système de santé repose sur le partage des compétences entre l'Etat et différents entités compétentes. Si ces structures bénéficient d'une certaine autonomie de fonctionnement, le système reste fortement régulé et encadré par l'Etat (Chassang 2013).

L'offre de soins du système de santé français repose sur la coexistence d'acteurs publics et privés, comme dans le secteur hospitalier qui est composé de trois types d'établissement : les hôpitaux

publics, les hôpitaux privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif (cliniques). La pluralité du système se traduit également par la garantie du statut des professions libérales de santé et l'existence d'une fonction publique hospitalière (Morelle and Tabuteau 2010).

Le système respecte également la liberté de choix du patient : tout individu est en mesure de sélectionner son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé ou la prestation médicale qui correspond le mieux à ses besoins et à ses préférences, dans le secteur public comme dans le secteur privé (Chassang 2013).

En France le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics. Même si différents organismes et administrations participent à sa gestion, l'Etat reste garant de la cohérence des mécanismes de prise en charge et de redistribution. Les compétences de l'Etat sont réparties en deux échelons institutionnels et territoriaux : le niveau central et le niveau local. Pour veiller au bon fonctionnement du système et à la qualité optimale des soins, l'Etat exerce également des contrôles à plusieurs niveaux : financement et allocation des ressources, industrie du médicament, respect des normes de qualité etc. (Palier 2009).

Cependant, depuis plusieurs années, l'organisation et la gestion du système de santé tendent à se déconcentrer. Davantage de responsabilités sont aujourd'hui dévolues au niveau territorial et plus particulièrement à l'échelon de la région (Bras 2009). Comme le souligne la présentation du projet de loi HPST en conseil des ministres le 22 octobre 2008, il s'agit ainsi de :

« faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital afin de simplifier le parcours de santé des patients et développer la qualité et la sécurité du système de santé ».

Créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les 26 agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, un pilotage unifié du système de santé afin d'en renforcer l'efficience et de mieux répondre aux besoins des patients par une approche globale et cohérente du parcours de soins (Palier 2009). La création des ARS, qui s'est traduite par un transfert partiel des services déconcentrés de l'Etat au profit d'un établissement public, est intervenue dans un contexte de profonde réorganisation de l'Etat au niveau territorial (Bras 2009).

Chaque année, les comptes nationaux de la santé répertorient l'ensemble des dépenses effectuées dans le domaine sanitaire et médico-social. Il permettent également d'apprécier la répartition de l'effort financier entre l'Etat, les collectivités locales, l'assurance maladie, les organismes complémentaires (mutuelles et institutions de prévoyance) et les ménages. Une gestion à l'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance maladie est en effet une exigence fondamentale car

fondatrice du système : ceux sont les bien-portants d'aujourd'hui qui doivent être solidaires des malades d'aujourd'hui. A priori un système de santé idéal instituerait une couverture automatique des dépenses par les recettes, de telle sorte que le système ne puisse pas être en déficit. Mais en France la situation est autre et le déficit pérenne (Brucker, Ferrand-Nagel et al. 2013).

Parmi les avantages principaux du système de santé français se trouvent : la haute qualité des services de soins, la couverture universelle de la population par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et le remboursement quasi complet des médicaments. En même temps, une des particularité de la France est de présenter un taux élevé de financement des dépenses de santé par des fonds publics (y compris l'assurance maladie) : en 2013, près de 77% des dépenses de santé étaient ainsi financées par des fonds publics (pour une moyenne de 72,2% au sein de l'OCDE), contre 15,7% pour l'assurance maladie complémentaire et 7,5% restant directement à la charge des ménages (19,6% au sein de l'OCDE). Cette répartition des dépenses amène à un déficit de l'assurance maladie en France qui a des causes structurelles, mais découle aussi d'un déséquilibre conjoncturel. En effet, la crise économique et la montée du chômage, le vieillissement de la population et la mise en place des nouvelles technologie, engendrent une perte de recettes, qui ne permet pas de compenser la hausse du niveau de dépenses de santé.²

Selon les rapports de la Cour des Comptes en 2011, 2012 et 2013, en plus de la diversification des ressources de financement, plusieurs techniques de régulation ont donc été mises en œuvre pour enrayer ces pertes et maîtriser les dépenses de santé : les mesures de contrôle par la demande, les mesures de contrôle par l'offre et les mesures qui augmente la concertation entre les acteurs du système de santé.

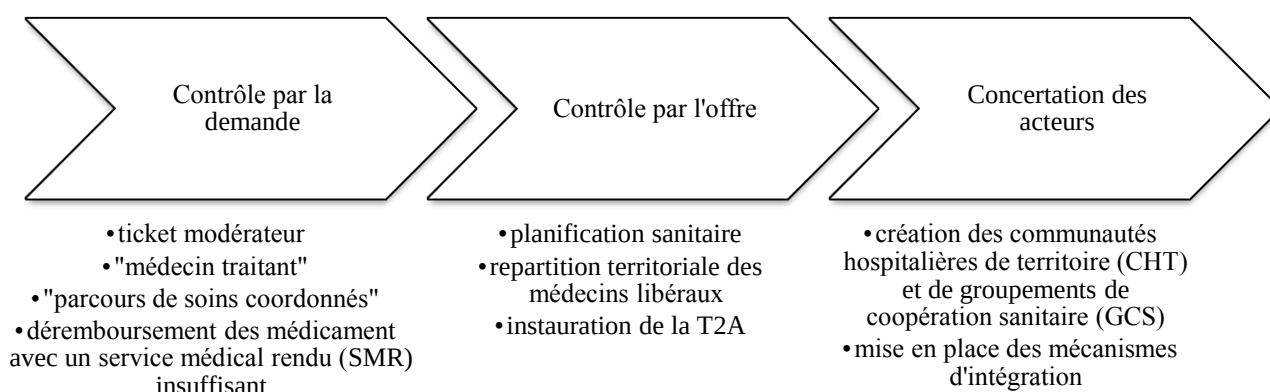


Figure 1.1. Instruments des réformes du système de santé de la France³

² Selon les rapports de la Cour des comptes de la France en 2011, 2012, 2013 et 2014

³ Selon les rapports de la Cour des comptes de la France en 2011- 2013

Selon la figure 1.1, le mécanisme principal de contrôle de la demande, quand les assurés sont amenés à davantage contribuer à la prise en charge de leurs dépenses de santé, est le ticket modérateur, qui oblige les patients à prendre en charge une partie des dépenses qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie. Parmi les autres mesures sont contribution d'un euros par consultation, forfait hospitalier, le déremboursement de médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé insuffisant. Afin d'améliorer le suivi des malades et la coordination des soins, la réforme de l'assurance maladie en 2004 a introduit la notion de « parcours de soins coordonné » du patient et l'obligation de choisir un médecin généraliste référent, le « médecin traitant ». A l'exception de certaines spécialistes médicales, l'usager est incité à consulter d'abord son médecin traitant avant d'aller voir un spécialiste. Patient peut y aller directement, mais dans ce cas il sera remboursé par l'assurance maladie à un taux inférieur au taux habituel.

Cependant, il est toujours délicat de fixer un ticket modérateur élevé sous peine de décourager l'accès aux soins des plus démunis et d'aggraver encore les inégalités de santé. Malgré le fait que la mise en place des tickets modérateurs s'accompagne aussi d'un grand nombre d'exonérations ciblées sur des types d'actes ou sur des catégories spécifiques de personnes, certains assurés supportent des frais parfois élevés.⁴ Par contre, l'extension continue du champ de cette exonération limite évidemment l'efficacité financière du ticket modérateur (Dourgnon, Jusot et al. 2012).

Les réformes majeurs de régulation de l'offre des soins ont été mis en place dans le secteur hospitalier. Outre les outils de planification sanitaire (numerus clausus, Sros etc.), l'État a initié plusieurs réformes pour favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Cela se traduit notamment par la prescription de médicaments génériques et le renforcement des pratiques professionnelles libérales avec la création de références médicales opposables (RMO) pour éviter les prescriptions abusives. La rationalisation de l'offre de soins devrait passer également par une plus grande cohérence et efficacité du système, comme la modernisation de la gestion hospitalière avec l'instauration de la T2A : jugé déséquilibré et non représentatif de l'activité des établissements, l'ancien système d'allocation a été remplacé par la tarification à l'activité (T2A), qui prévoit la mise en place la politique tarifaire en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Selon les experts français, les réformes de la nouvelle gouvernance hospitalière et de la T2A, sont susceptibles de mettre à mal les valeurs publiques notamment défendues par les professionnels de santé, attachés de par leur identité professionnelle à la qualité, à la sécurité du patient, au délai de prise en charge, à l'accessibilité des soins et à la couverture sanitaire de la population (Georgescu I. et Naro G. 2012).

⁴ Selon les données de la Cour des comptes (2011), pour les 1% de la population la plus concernée par le reste à charge, celui-ci est très lourd (de l'ordre de 3 000 € par an).

En France, selon le rapport de la Cour des comptes de 2013, au moins 50% des ressources du système de santé sont liées avec la maintien de la santé de 10-20% de la population française : ceux sont des patients avec des maladies chroniques, oncologiques ou gériatriques pour lesquels les questions de coordinations des spécialistes de santé jouent un rôle extrêmement important. A partir de ce fait, un modèle alternatif de mode de financement de la santé et en particulier des services hospitaliers peut être élaboré. Il s'agit de la Tarification au Cycle de Soins ou TCS (Angelé-Halgand N. et Garrot T., 2012). Elle peut se formuler comme la création des conditions d'une coopération entre les acteurs des soins qui implique l'intégration des interventions des différents maillons de la chaîne de soins, en articulant les épisodes de soins le long d'une problématique de santé, désignée sous le terme de « cycle » de soins (Angelé-Halgand N. et Garrot T, 2013). Le passage de l'épisode (de T2A) au cycle crée des espaces de coopération entre professionnels, au-delà des frontières organisationnelles et des statuts d'exercice. Il enjoint ces derniers à articuler leurs interventions en les rendant interdépendants du résultat final.

5. Étude pratique du dispositif d'intégration des services médicaux « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie » (MAIA) a été effectuée. Cette méthode, qui couvre l'ensemble du territoire de la France, cherche à augmenter l'accès et la qualité de l'aide médicale et médico-sociale pour toutes les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quelle que soit la nature de leurs besoins.⁵

Cette nouvelle organisation, qui se réalise sur la base d'une organisation-porteur, choisi par l'ARS (Agence Régionale de Santé), vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des patients et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. La légitimité de ce porteur, s'appuie sur les fonctions d'accueil, d'orientation et de coordination qu'elle exerce déjà. Ce porteur n'est pas une institution prédéfinie, mais il s'agit nécessairement d'une structure ou d'un organisme à but non lucratif, légitime sur le territoire par sa capacité à mobiliser les acteurs locaux (Tableau 1.5).

⁵ Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

Tableau 1.5. Méthode MAIA

Mécanismes MAIA	Instruments MAIA	Acteurs
La concertation (Le pilote de la MAIA)	Concertation stratégique (Tables stratégiques)	ARS, CARSAT, MSA, RSI, Conseil général
Le guichet intégré	Concertation tactique (Tables tactiques)	Les opérateurs des champs sanitaire, social et médico-social sur le territoire interagissent : CCAS Équipes mobiles gériatriques, Équipes APA, Réseaux de santé, Infirmières, Hébergement temporaire, Médecins libéraux, Hôpitaux, CLIC, SAAD, SSIAD, Gestionnaires de cas, Hospitalisation à domicile, EHPAD etc.
	Formulaire d'analyse multidimensionnelle	
La gestion de cas (1-3 gestionnaires de cas)	Systèmes d'informations partageables	Tous les professionnels de la santé et du médico-social du territoire de la MAIA
	Outil d'évaluation multidimensionnelle	
	Plan de service individualisé (PSI)	

Source: rapport de la CNSA et entretiens semi-directifs fait dans le cadre de l'analyse qualitative des acteurs du dispositif MAIA de département « Les Alpes Maritimes » (2014-2015)

L'intégration se construit selon 6 axes qui visent à relier les champs sanitaire, social, médico-social, quel que soit le statut des structures ou des intervenants public, privé, institutionnel, libéral. Ce sont trois mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas ; ainsi que trois outils qui permettent d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, et de s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert : le formulaire d'analyse multidimensionnelle et l'outil d'évaluation multidimensionnelle, le plan de service individualisé et les systèmes d'informations partageables.

Dans notre thèse nous avons étudié un dispositif MAIA de la région PACA, dans le département « Alpes Maritimes ».⁶

Selon l'analyse qualitative effectuée, la méthode MAIA permet de constater une meilleure gestion des demandes, en matière d'information, d'orientation et de prise en charge des personnes âgées, ce qui signifie une vraie valeur sociale. Les cas difficiles d'accompagnement et de suivi par les

⁶ 22 entretiens semi-directifs ont été faits avec les professionnels de santé du département Alpes Maritimes, ainsi que les rapports officiels ont été étudiés

professionnels du territoire sont réduits par la mise en place de la gestion des cas ; l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation simplifiant les parcours de la population cible. La mise en place du dispositif MAIA permet aussi de mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en capitalisant sur leur richesse, prenant en compte l'ensemble des ressources au plus près des besoins du territoire et de corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations.

Pour le malade, la prise en charge devient optimale, globale et très complète, avec des interventions où le qualitatif l'emporte sur le quantitatif. Les acteurs de terrain louent aussi une réactivité meilleure pour mettre en œuvre les ajustements nécessaires, et un travail qui comprend une vraie prise en charge de l'entourage (Léon C. et al., 2013). Ainsi, chaque partenaire est mieux informé et surtout bénéficie d'un appui en cas de problème à résoudre.

Conclusions

En conclusion, les réformes des systèmes de santé des pays développés, indépendamment de leur type de financement et de régulation, essaient de surmonter les défaillances du marché et de l'Etat dans le secteur de santé, et visent à mettre en œuvre des mécanismes d'intégration afin de renforcer la concertation des professionnels de la santé.

Dans le cadre de l'étude nous avons relevé les mécanismes efficaces et non-efficaces des réformes du système de santé français pour le système russe. Les mécanismes efficaces sont : le principe de partage des tâches entre le système d'assurance maladie obligatoire (qui prend en charge des maladies graves et chroniques) et complémentaire (la couverture des "petits risques") ; le remboursement quasi complet des médicaments ; la mise en place des mécanismes de l'intégration sans créer de nouvelles instances, mais de potentialiser les acteurs déjà présents dans le paysage institutionnel en évitant les redondances.

Parmi les instruments non-efficaces sont le « ticket modérateurs » et le financement des établissements hospitaliers seulement par la Tarification à l'activité (T2A), ce qui pourrait amener à la commercialisation du secteur et à la baisse de la qualité.

Ainsi, l'expérience constructive de la France peut aider à éviter la mise en place de mécanismes inefficaces dans le système de santé de la Russie afin de mieux utiliser les ressources du système et augmenter son efficacité.

Communications

En France :

GARROT T., ANGELE-HALGAND N., OGANESYAN A. « Reconfiguration de la gouvernance de la santé par les apports d'Elinor Ostrom. » La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale, 6^e Colloque Santé 2015, Marseille, 8 et 9 avril 2015.

GARROT T., ANGELE-HALGAND N., OGANESYAN A. « Recomposition des territoires dans la santé : régionalisation et émergence d'organisations locales » Les nouveaux territoires du management public, 4^e Colloque AIRMAP, Lyon, 28-29 mai 2015.

GARROT T., ANGELE-HALGAND N., OGANESYAN A. « Régionalisation de la santé en France et en Russie : éléments d'analyse comparative » Maladies chroniques et Offre de soins dans les Territoires, 3^e congrès ARAMOS, Montpellier, le 26 novembre 2015.

En Russie :

OGANESYAN A. « Les tendances mondiales dans le développement des systèmes de santé : une analyse comparative des réformes en Europe et en Russie » Colloque scientifique « L'économie mondiale au XXI^e siècle: défis globaux et les perspectives de développement », URAP, Moscou, le 2 décembre 2014.

OGANESYAN A. « L'analyse comparative des approches théoriques modernes des réformes des systèmes de santé : mécanismes de marché ou la gouvernance d'État ? XVII Colloque scientifique « Problèmes et perspectives des réformes socio-économiques de l'Etat moderne et de la société », Moscou, le 14-15 Avril 2015.

OGANESYAN A. « Évaluation de l'efficacité des systèmes de santé dans le monde : les principaux problèmes et les perspectives de solution. » XXII Colloque scientifique « Problèmes actuels de sciences humaines », Moscou, le 2-3 avril 2015.

OGANESYAN A. (2014), « Les réformes du système de santé en France », 4^e Conférence internationale « L'Europe et le monde slave aujourd'hui : aspects économiques, juridiques, politiques et géopolitiques », Nice, mai 2014.

GARROT T., OGANESYAN A. (2014), « Introduction des mécanismes de marché dans la santé : Regards croisés entre la Russie et la France », 4^e Conférence internationale « L'Europe et le monde slave aujourd'hui : aspects économiques, juridiques, politiques et géopolitiques », Nice, mai 2014.

OGANESYAN A. (2013), « Les réformes sociales et économiques du secteur de la santé public dans les pays de l'UE », 3^{ème} Conférence internationale scientifique et pratique « Les Relations entre l'Union Européenne, la Russie et les Balkans », Nice, mai 2013.

Publications : articles dans les revues classées en Russie

1. Oganessian A. (2015) « Approches des réformes des systèmes de santé en Europe: de la gouvernance d'Etat vers le concept du Nouvel management public », Journal « Sciences économiques et sciences humaines », №1, p. 9-19, Oryol, Russie
2. Garrot T. et Oganessian A. (2014), « Introduction des mécanismes de marché dans la santé : Regards croisés entre la Russie et la France », Journal de l'URAP « VESTNIK RUDN », Moscou.
3. Ponomarenko E., Oganessian A., Nalbandyan A. (2014) « Le dialogue des partenaires intéressés », Journal de l'Académie d'économie national et du management public les services publics auprès de Président de la Fédération de Russie (ARENAP), №3, p. 77-82, Moscou.
4. Oganessian A. « Réformes du système de santé en France : problèmes actuels et perspectives de solutions » Revue thématique de l'Académie d'économie national et du management public les services publics auprès de Président de la Fédération de Russie (ARENAP), avril 2015.

Chapitre 2. Régionalisation de la santé en France et en Russie : éléments d'analyse comparative

Résumé :

Le propos de cette communication est de discuter la question des territoires dans le domaine de la santé en France et en Russie. Même si les deux états ont de réelles spécificités dans l'organisation de leurs systèmes de santé, ils ont choisi des modes de régulation similaires. La décentralisation est le mouvement commun dans la mise en œuvre des politiques de santé dans les deux pays. Il s'agit ici d'étudier la pertinence des deux unités territoriales : la région et le local pour organiser la santé de la population. Ces sources disciplinaires variées nous conduisent à étudier différents défis à relever dans les territoires pour assurer une gouvernance territoriale de qualité du système de santé dans une dimension d'organisation de l'action collective. Un bilan partiel du mouvement de décentralisation de la santé en France et en Russie de leurs impacts sur la gouvernance du système de santé est présenté. Pour ce faire nous utilisons une grille de lecture, qui, si elle est initialement empruntée à l'économie politique, s'enrichit de travaux en sociologie et surtout en sciences de gestion tournés vers l'action collective, notamment développée par E. Ostrom en étudiant les apports potentiels des systèmes auto-organisés et autogouvernés pour le secteur de la santé.

Mots clés : système de santé, territoires médicaux, régulation régionale, gouvernance, Russie, France.

INTRODUCTION

Depuis le début des années 1990 les systèmes de santé, un peu partout à travers le monde, se trouvent dans une période continue de réformes, de transformations, d'adaptations car tous les états font face à de profonds changements épidémiologiques de leur population et à un questionnement plus ou moins aigus des équilibres initialement négociés à l'origine des systèmes entre efficience économique et solidarité. Dans ce mouvement général, voir mondial, la question de l'échelle d'observation nous permettant d'aborder, et peut être de comprendre ces transformations profondes, est une question à part entière. En effet, plusieurs disciplines médecine, économie, sciences politiques et maintenant très régulièrement les sciences de gestion à travers le management public étudient les manifestations du phénomène et cherchent des solutions mais chacune d'entre elles semblent ne détenir qu'une partie des clés, qu'une partie des grilles de lecture, pour comprendre le phénomène global. Il nous paraît donc indispensable d'envisager des démarches de compréhension

originales et hybrides pour construire des représentations variées et partagées des problèmes en puisant non seulement dans les comparaisons internationales mais aussi dans la discussion entre les différents corpus des sciences établies. Ce projet est de prime abord démesuré, c'est pourquoi nous nous proposons d'explorer simplement les potentialités espérées d'une telle démarche à travers deux situations celles de la France et de la Russie et de deux disciplines l'économie politique et les sciences de gestion. Se pose alors les questions suivantes : pourquoi comparer ces deux états et sur quel sujet partagé entre les deux disciplines pourrait-on apprendre quelque chose ?

Les deux pays ont en commun le rôle central joué par l'Etat sur l'organisation et la régulation de la santé. Le système de santé français est, à l'origine, un système d'inspiration bismarkienne, avec des régimes d'assurance maladie encadrés par l'État. Il se caractérise par une organisation institutionnelle au sein de laquelle l'Etat joue un rôle prépondérant. Il fournit une offre de soins complète. L'Etat remplit un rôle majeur dans la politique de santé et dans la régulation du système de soins. Il intervient au niveau national par le biais du parlement et du gouvernement (ministères chargés de la santé et des affaires sociales) et au niveau décentralisé (régional et départemental) par ses services déconcentrés (direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales). (Sandier, Polton et al. 2004). Le système de santé russe, quant à lui a beaucoup hérité du système soviétique, centralisé et étendu, qui garantissait un accès universel aux soins médicaux. Chaque citoyen d'Union Soviétique était couvert dès sa naissance et disposait d'un accès gratuit à un panier de soins complet, incluant les médecines curative, du travail et préventive, mais aussi tout un réseau d'établissements thermaux et de repos. Néanmoins, administré et financé par l'État dans le cadre de l'économie planifiée, le système soviétique se caractérisait par un sous-financement, une allocation inefficace des ressources, un contrôle excessivement centralisé et une lente amélioration de la qualité (Shishkin 1998).

Ils partagent aussi un vaste mouvement de décentralisation. Si la décentralisation en Russie peut être vue plus comme un phénomène précipité lié à la pénurie de moyens de l'État central, qu'à un ensemble de mesures ambitieuses et cohérentes visant à améliorer le fonctionnement du système. La décentralisation a influé directement plusieurs éléments clés du système de santé. Même si le garant du système est resté formellement le Ministère de la santé responsable des orientations de la politique de santé et du contrôle de la qualité, sur le terrain les autorités régionales et locales sont devenues co-responsables de la politique de santé publique dans le nouveau schéma. Elles assument les établissements de santé se trouvant sur leur territoire et exercent elles-mêmes le contrôle de la bonne gestion des sommes investies dans le système de santé (Mathivet 2006). Cette situation s'apparente aux missions dévolues aux Agences Régionales de Santé (ARS) en France qui sont l'un des axes majeurs des politiques en matière tout d'abord d'hospitalisation, et plus récemment de

santé, par la mise en œuvre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 portant transformation des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en Agences Régionales de Santé (ARS), qui devient effective le 1er avril 2010. Ces nouvelles structures participent à un mouvement de décentralisation en France en matière de santé, apportant de fait plus de pouvoir à de nouveaux territoires de santé au détriment du niveau national. Nous nous proposons d'étudier ce processus de décentralisation de l'échelon national à l'échelon régional pour chacun des deux pays.

Cela introduit les éléments de réponse à la deuxième question suggérée par le projet auquel participe ce papier. Le sujet sur lequel l'économie politique et les sciences de gestion pourraient avoir à apprendre d'un croisement de culture et d'approche concerne : la gouvernance, et en particulier la gouvernance territoriale dans le domaine de la santé. A ce propos, Yves Chappoz et Pierre-Charles Pupion (2013) dressent un panorama des évolutions générales sur le sujet. Ils notent que les modes de gouvernement traditionnels sont remis en cause et que de nouvelles formes de gouvernance sont promues, notamment par les organisations politiques mondiales (ONU dans l'agenda 21), il s'agit d'utiliser des méthodes interactives permettant d'impliquer plus directement l'ensemble des acteurs et en particulier les populations et les collectivités territoriales dans l'élaboration des projets et des politiques en intégrant une dimension durable. Cette nouvelle gouvernance politique se caractérise selon eux par cinq éléments :

- « - un ensemble d'actions et de projets concrets qui s'appuie sur une vision stratégique faisant sens auprès des différents acteurs ;
- un ensemble de parties prenantes ou ensemble d'individus ou groupes d'individus qui sont affectés ou impactent le devenir de l'action publique concernée ;
- un mode de gouvernance de type contractuel, plus ou moins participatif ou directif prenant souvent la forme d'un réseau ;
- des construits et outils qui dans une logique « d'accountability » permettent d'évaluer les politiques publiques en termes d'efficacité c'est-à-dire d'objectifs ou buts à atteindre, mais aussi d'efficience et d'impact ;
- un périmètre territorial et institutionnel qui définit quels peuvent-être les acteurs qui participent ou sont impactés par ladite politique. » (Chappoz Y. et Pupion P.-C. 2013, p. 3).

Nous nous proposons de croiser cette vision avec une grille de lecture empruntée aux sciences politiques, à l'économie politique en ayant comme terreau commun l'action collective des acteurs dans le domaine de la santé. Ces sources disciplinaires variées nous conduiront à discuter trois défis à relever dans les différents territoires pour assurer une gouvernance territoriale de qualité des systèmes de santé. De la comparaison entre les situations russe et française et de la discussion entre

sciences de gestion, management public, et économie politique, nous nous proposons d'aborder la question de savoir si le processus de décentralisation vers les régions en matière de santé est complet, s'il répond à tous les enjeux et le chemin qui lui reste à parcourir. Dans une première partie, il s'agira de faire un bilan partiel du mouvement de régionalisation de la santé en France et en Russie. Dans la deuxième partie, nous constaterons certaines limites ou insuffisances du processus de décentralisation communes aux deux pays et nous ébaucherons des propositions de solutions inspirées par les travaux Elinor Ostrom (1990, 2010) sur la gouvernance des ressources communes.

LA DECENTRALISATION DE LA SANTE ECLAIRAGES FRANCO-RUSSES

Tenter de prendre du recul sur le système de santé, et sur sa régionalisation en particulier, peut apparaître comme une entreprise démesurée. Les situations sont diverses d'une région à l'autre, les besoins sont variés entre les populations, et les hommes et les femmes impliqués dans ces phénomènes ont une histoire, une culture, des intérêts qui sont loin d'être toujours convergents, quand ce n'est pas le système lui-même qui pose problème. Plusieurs travaux mettent en évidence des difficultés, parfois même des fractures (Le Menn et Milon 2012, Georgescu et Naro 2012, Angelé-Halgand et Garrot 2014, Alam et Gurruchaga 2015, Angelé-Halgand et Garrot 2015). Nous envisageons un bref bilan de la régionalisation en France (1.1) puis en Russie (1.2).

Eléments sur la décentralisation régionale de la santé en France

Cette question de la régionalisation de la santé est très étudiée par la sociologie et les sciences politiques avec notamment, l'ouvrage de Thomas Alam et Marion Gurruchaga, intitulé « Collectivités, territoires et santé, Regards croisés sur les frontières de la santé ». Trois éléments retiennent notre attention sur cette question : la mobilisation d'un ensemble de parties prenantes nécessitant une articulation entre région et département (1.1.1.), le périmètre territorial par la création des agences régionales de santé (ARS) organise une continuité du sanitaire, du médico-social et du social (1.2.1.), et enfin une nouvelle forme de gouvernance entre responsabilisation des acteurs et planification est élaborée (1.1.3.).

Un ensemble de parties prenantes nécessitant l'articulation ARS/Département

Si la situation antérieure, issue de la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, avait offert beaucoup de liberté aux initiatives locales et à la régulation départementale pour le financement des actions, cette ère est aujourd'hui révolue. Cette démarche a été jugée défailante dès 1995 dans un rapport de l'IGAS relatif à l'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales (Guérin M.-F. et al., 1995) et l'analyse de la situation a présidé à l'émergence des dispositions de la loi HPST. En particulier, pour le médico-social il existe maintenant une compétence conjointe du président du conseil général et du directeur général de

l'ARS. La loi HPST promeut la mise en cohérence et la complémentarité de la planification à la fois au niveau régional et départemental. Ces niveaux doivent notamment être capables d'observer, de collecter des données, de les partager, et de les analyser, afin d'élaborer un diagnostic leur permettant de prioriser les besoins à leurs niveaux respectifs en s'appuyant sur les différentes instances de concertation. Dans le cas des personnes handicapées ou en perte d'autonomie, les schémas départementaux arrêtés par le président doivent être en cohérence avec les documents établis au niveau régional et doivent être construits en concertation avec les représentants départementaux de l'État et de l'ARS. Ces schémas doivent assurer une organisation territoriale permettant l'accessibilité des soins en ayant prévu des moyens, notamment financiers. Ces nouvelles dispositions visent à réduire les défauts de financement de certaines actions ou encore les disparités entre les territoires d'une même région. Il existe aujourd'hui une planification régionale où le schéma établi n'est pas simplement l'addition des schémas départementaux issus des initiatives locales. Il n'est pas non plus un plan de développement de nouveaux équipements sensés venir compléter une offre jugée insuffisante (Marais M.-C. et Rapegno N., 2015, p. 139). Cet exemple montre les différentes échelles territoriales de décision, les orientations nationales de la politique de santé étant déclinées dans les schémas régionaux qui doivent être capables d'organiser et de planifier les initiatives remontant des territoires départementaux. D'ailleurs, la loi HPST introduit un renouvellement de la gouvernance entre responsabilisation et planification.

Le périmètre territorial par la mise en place des ARS : l'apparition d'une continuité du sanitaire, du médico-social et du social

Si la politique en matière de santé a été très longtemps centralisée dans les locaux des ministères, la création des ARS participe à un mouvement de déconcentration de la politique de santé à un niveau régional. Cette nouvelle autorité publique régionale est chargée de prendre des décisions au plus près des réalités locales et régionales. Les ARS, telles qu'elles sont conçues, deviennent les pilotes principaux du système de santé pour la région dans laquelle elles agissent. Elles contribuent à rapprocher la définition de la politique des réalités du terrain : en cela elles caressent l'objectif de la décentralisation et de l'idéal d'une démocratie sanitaire, dans laquelle le citoyen prendrait le pas sur le patient consommateur. La création des ARS apporte un deuxième mouvement positif. En effet, elle prévoit explicitement de placer sous une même autorité les secteurs sociaux, médico-sociaux, hospitaliers et ambulatoires. Cette réforme promeut un véritable décloisonnement, avec l'objectif de mettre fin à l'enchevêtrement des multiples autorités compétentes qui caractérisaient, avant 2009, le secteur médico-social et social. Ainsi, l'échelon départemental disparaît avec l'intégration des compétences sanitaires et médico-sociales au niveau de la région. Les anciennes directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) se retrouvent incluses dans les ARS. Avec la loi HPST, le processus de régionalisation se trouve renforcé. En effet, le secteur sanitaire avait

déjà connu dès 1996 la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), mouvement qui s'est donc, ces dernières années, étendu au secteur médico-social. Cette création des ARS vient renforcer la planification et la programmation de l'offre de santé régionale. La politique régionale de santé est élaborée essentiellement au moyen du Plan Régional de Santé (PRS). Le PRS s'inscrit naturellement dans la politique nationale de santé et définit la stratégie de santé de l'ARS pour cinq ans. Il définit aussi des moyens pour atteindre les objectifs visés (Marais M.-C. et Rapegno N., 2015, p. 137). Ainsi se dessine un mouvement de déconcentration partiel du national vers le régional accompagné d'un transfert des pouvoirs départementaux au niveau des régions. L'ARS devient donc l'acteur incontournable de la politique de santé pour les territoires, et notamment les départements qui vont devoir articuler leur action avec l'ARS.

Une gouvernance entre responsabilisation des acteurs et planification

L'organisation et la planification de l'offre en matière de santé répondent à trois impératifs : établir une répartition territoriale cohérente, répondre aux besoins de la population et maîtriser les dépenses de santé. Si l'hôpital connaît depuis plus de vingt ans l'introduction des logiques économiques dans la production des soins, notamment avec l'introduction de la Tarification à l'Activité (T2A), le secteur médico-social a été encore relativement épargné. Pourtant l'un des objectifs de la T2A, celui de dynamiser la gestion des établissements hospitaliers en responsabilisant les acteurs par un financement sur la base de leur activité et en les mettant en concurrence entre eux (Garrot et al., 2015, p. 4) semble progressivement gagner du terrain dans le secteur médico-social. Il complète la démarche de planification.

Toujours en restant sur le champ du handicap, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées crée un nouvel outil : le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Cet outil doit permettre d'identifier et de prévoir les priorités de financement au niveau régional. Il porte très clairement l'objectif d'une réduction des inégalités territoriales diagnostiquées au sein d'une région en privilégiant une approche interdépartementale des besoins sociaux et médico-sociaux de la personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Par le moyen d'appels à projets, les acteurs de terrain peuvent faire remonter des propositions concrètes pour répondre à ces besoins sociaux et médico-sociaux. Cependant, ce PRIAC constitue une programmation en enveloppes fermées et contraintes des mesures nouvelles. Les ressources peuvent être abondées de certaines réaffectations de moyens médico-sociaux issus de transformation de l'offre médico-sociale et de fongibilités asymétriques venant de transformation sanitaire (Marais M.-C. et Rapegno N., 2015, p. 140 et 146) impliquant, de fait, des restructurations de l'organisation au minimum ou d'établissements entiers. En voulant tout à la fois mobiliser les acteurs de terrain

sur des besoins concrets, tout en maîtrisant le phénomène par la planification et les aspects financiers, il apparaît un nouvel échelon territorial : l'inter-département, qui renforce la complexité du secteur de la santé.

Eléments sur la décentralisation régionale de la santé en Russie

La Russie du début des années 1990 avait hérité d'un système soviétique hautement centralisé de relations interrégionales dans lequel le pouvoir central avait recours à des transferts financiers pour maintenir l'intégrité de l'empire. Les réformes menées en Russie au cours des années 1990, après l'effondrement de l'Union soviétique, impliquaient à la fois une libéralisation économique et une démocratisation drastiques, et la transition d'un État unitaire hautement centralisé vers un État fédéral largement décentralisé (Shishkin, 2010).

Le passage à une économie de marché et la décentralisation de la prise de décision ont inévitablement débouché sur la réforme des soins de santé. Cette réforme a été menée avec la vision stratégique de décentralisation des financements et de la gestion des soins de santé (1.2.1) et renouvelant le mode de gouvernance par la création de l'assurance maladie obligatoire (AMO) (1.2.2). Le système de santé actuel en Russie fonctionne sur la base de la Loi sur la protection de la santé (2011) et la Loi sur l'assurance maladie obligatoire (2011), qui délèguent des responsabilités aux acteurs du système et définissent les modes de transfert de compétence aux niveau local (1.2.3)

Le projet stratégique de décentralisation post soviétique

Il semble que la décentralisation soit en fait plus un phénomène spontané et précipité, lié à pénurie de moyens de l'Etat central, qu'un ensemble de mesures ambitieuses et cohérentes visant à améliorer le fonctionnement du système. La décentralisation influe directement sur plusieurs éléments clés du système de santé. Le garant du système reste formellement le Ministère de la santé responsable des orientations de la politique de santé et par son rôle de contrôle de la qualité. Il entretient aussi toujours le système de veille sanitaire et de vaccination. Pourtant, en ce qu'elles interprètent de manière indépendante les orientations du ministère en termes budgétaires, les autorités régionales et locales sont en fait co-garantes de la politique de santé publique dans ce schéma décentralisé. Elles avaient, de fait, à leur charge les établissements de santé se trouvant sur leur territoire et exerçaient elles-mêmes le contrôle de la bonne gestion des sommes investies dans le système de santé (Mathivet 2006). En février 1993, le Parlement russe décide d'instaurer le fonds d'assurance maladie, financé par des cotisations employeurs à hauteur de 3,6 % de la masse salariale. Ces cotisations étaient quasiment versées entièrement aux autorités locales, ces dernières devant assurer ensuite un service de soins gratuits. Pour les groupes sociaux non salariés le financement venait des budgets locaux, les employeurs, quant à eux, garantissant, par leurs cotisations, une assurance-maladie à leurs ayants-droits (Popovich, Potapchik et al. 2011).

Aujourd'hui, l'un des axes majeurs du plan de développement du système de santé en Russie porte sur le renforcement du niveau local de l'organisation de l'offre de soins en rendant les établissements municipaux et régionaux de santé plus autonomes et capables de s'autogouverner et s'autofinancer. En même temps, les décideurs du système de santé au niveau régional essaient de travailler en coopération avec les acteurs au niveau local et national. Pour cela, des accords tripartites sont conclus entre certains décideurs au niveau régional, les organisations municipales et les fonds d'AMO territoriales qui représentent l'AMO au niveau national. Ces accords amènent les AMO territoriales à faire concorder ces actions au sein de l'organisation du système de santé régional (Shishkine et al., 2007) .

En outre, vu les disparités majeures entre les régions russes, le ministère de la santé est en train d'élaborer trois modèles du développement des systèmes de santé régionaux (Ministère de la santé, 2015) :

Le modèle monocentrique pour les petites régions avec une forte densité de la population. Dans ces régions, la plupart des établissements de santé et de soins sont situés dans les centres administratifs et ont une offre très large des soins médicaux (36 régions au total) ;

Le modèle polycentrique est élaboré pour les grandes régions de faible densité de population. Les centres de santé et de soins sont répartis d'une manière équitable sur toute la région. Pour bien organiser l'offre de soins dans ce type de régions, les autorités régionales vont utiliser les principes du zonage, ainsi qu'utiliser les ressources des régions voisines (au total, il y a 14 régions de ce type en Russie, y compris Moscou) ;

Le modèle mixte comprend les caractéristiques des deux modèles présentés et est élaboré pour 6 régions spécifiques.

Le principe commun de cette nouvelle étape de décentralisation/régionalisation du système de santé russe consiste à le reformer d'une manière « bottom-top » qui permet de prendre en compte toutes les particularités et besoins des régions. D'après le document de travail du Ministère de la santé (2015), ce ne sont que les critères d'évaluation de la qualité et l'accès aux soins qui doivent être communs pour toutes les régions.

Un mode de gouvernance renouvelé : mise en place du système d'assurance maladie obligatoire

Actuellement, plusieurs acteurs interviennent, comme nous l'avons vu, dans ce système décentralisé : le gouvernement, responsable de la politique de santé ; les régions, gestionnaires des centres de soins locaux, enfin l'assurance médicale obligatoire (AMO), instaurée en 1993, devait répondre aux exigences de réformes financières, sociales et structurelles. De grands espoirs ont été fondés en elle, car elle devait garantir la couverture des dépenses, favoriser l'application de méthodes

économiques dans l'organisation des services, conduire à de nouvelles formes de rémunération, provoquer des modifications législatives, afin de permettre l'appropriation partielle par les médecins et les institutions de soins de leurs moyens de travail, permettre aux patients le libre choix du producteur de soins. Voyons à présent de quoi ce système consiste précisément.

Une partie du nouveau système d'assurance maladie repose sur l'introduction de règles de marché. Le nouveau système repose sur un changement de source de financement, remplaçant un financement d'origine budgétaire par un financement prélevé directement sur les salaires. Le fonds d'assurances médicales obligatoires, créé au niveau fédéral, répartit les moyens et régit les 86 fonds d'assurances médicales de chaque sujet de la Fédération. Chacun d'eux est responsable de la collecte des cotisations et assure les services médicaux à la population via des compagnies d'assurances privées. L'application de ce système varierait selon les régions, en fonction du mode de collecte des cotisations des personnes sans activité professionnelle (catégorie regroupant enfants, retraités et chômeurs). En effet, certaines les suppléent tandis que d'autres paient directement les frais médicaux.

L'AMO est organisé selon un principe territorial et repose sur des organismes titulaires d'une licence d'assurance santé ayant conclu un accord de sécurité financière avec un ou plusieurs fonds AMO régionaux. Tout employeur, toute organisation offrant une rémunération ou des avantages, et encore certaines professions du domaine privé, tels que des avocats ou notaires peuvent devenir assureurs. Cette assurance est financée à la fois par les entreprises pour les personnes actives, et par le budget des administrations locales pour les non actifs. Les sommes sont gérées par l'intermédiaire de fonds territoriaux, appelés aussi « caisses ». Elles collectent les cotisations patronales et les contributions des régions et reversent une partie à la caisse fédérale d'assurance médicale obligatoire. Ce fond est chargé de la péréquation entre les territoires. Souffrant d'une insuffisance de ressources, pour l'année 2014, les caisses territoriales doivent verser la totalité des cotisations patronales au niveau fédéral de l'AMO. Chaque employeur verse alors 5,1 % de la masse salariale au titre de l'assurance maladie obligatoire. Préalablement la caisse fédérale ne percevait que 2,1 % des cotisations maladie sur la masse salariale (Mathivet 2006).

Les caisses territoriales allouent ensuite les fonds aux compagnies d'assurance au prorata du nombre d'assurés qu'elles ont su attirer. Ainsi, chaque citoyen russe se doit de contracter une couverture médicale auprès d'une compagnie privée ou d'une caisse territoriale d'AMO. Ces caisses territoriales gèrent obligatoirement les fonds pour les personnes sans emploi et elles peuvent aussi gérer les fonds en provenance des entreprises. Afin d'attirer des assurés, les compagnies peuvent proposer une couverture volontaire, offrant l'accès à des prestations complémentaires non prévues dans le régime obligatoire. Ces fonds volontaires sont alimentés par une double

contribution, individuelle et patronale. L'intérêt des assureurs est de capter le plus grand nombre d'assurés, ce phénomène étant censé développer la concurrence entre les compagnies d'assurance.

Les compagnies offrent sur l'AMO un panier de soins minimal défini par le gouvernement fédéral, pouvant être éventuellement élargi par les régions. Il garantit le traitement des principales maladies infectieuses et des accidents (fractures, brûlures...). Ce panier de soins minimal est établi par le gouvernement fédéral au moyen du programme des garanties d'Etat (ИПГ – Программа государственных гарантий). Cette base de prise en charge des soins est donc assurée de manière théoriquement gratuite pour l'assuré (Popovich, Potapchik et al. 2011). Les compagnies ont la possibilité de négocier elles-mêmes des contrats avec les offreurs de soins. Elles entrent en relation avec les établissements (polycliniques, hôpitaux, etc.), négocient un tarif de prise en charge de leurs patients sur la base de forfaits spécifiques pour les prestations de service fournies. Naturellement, l'intérêt de l'assurance est de négocier la plus grande marge possible. De ce fait, la pression économique est transposée sur les établissements de soins les poussant à adopter des modes de gestion à la fois moins coûteux et de meilleure qualité. La qualité des soins constitue une variable clé pour les assureurs car les assurés peuvent librement changer de compagnie, s'ils ne sont pas satisfaits des services rendus (Shishkin, Burdyak et al. 2013). L'assurance participe aussi à l'équipement des offreurs, au financement de programmes de prévention, afin que les seuls mécanismes de marchés ne soient à l'œuvre et qu'une optique de long terme puisse être pérennisée.

Délégation de responsabilités aux autorités locales : répartition des tâches, du financement et du mécanisme de contrôle

Même si le garant du système est resté formellement le Ministère de la santé responsable de la politique de santé et de la qualité, concrètement sur le terrain les autorités décentralisées sont devenues co-responsables de la politique de santé publique. Elles avaient, de fait, à leur charge les établissements de santé se trouvant sur leur territoire et exerçaient elles-mêmes le contrôle de la bonne gestion des sommes investies dans le système de santé (Mathivet 2006). Or, plusieurs acteurs intervenaient, et interviennent encore actuellement dans le financement du système : il y a la part du gouvernement central, chargé de la politique générale et de l'équité entre les régions et la part régionale gérant les fonds concernant les centres de soin régionaux (Mathivet 2006). Quant à l'offre de soins en Russie, elle s'organise en trois niveaux : celui du district municipal, qui comprend les soins de jour, dispensés exclusivement au sein de centres de soins et des polycliniques (médecine de ville, maisons de santé) par des médecins généralistes et spécialistes ; puis le niveau régional, qui comprend plutôt des soins hospitaliers et enfin le fédéral qui est plutôt consacré aux maladies rares nécessitant des traitements complexes et coûteux. Les hôpitaux sont financés sur la base de journées-lits et du nombre de lits occupés. Les « polycliniques » bénéficient du même modèle de financement abondé par l'estimation du nombre de visites effectuées dans l'année.

Le concept du développement du système de santé en Russie « Plan Santé 2020 » décrit les réformes majeures sur la période 2011-2015, qui renforcent le rôle du fond fédéral d'AMO et des autorités régionales :

Financement du système uniquement par les ressources du système d'AMO ;

Révision au niveau national des standards des soins médicaux inscrits sur le programme de garantie d'État et établissement des standards uniques pour toutes les régions ;

Mise en place pour le patient de la possibilité de choisir librement son établissement de soins ambulatoire et hospitalier ;

Renforcement de l'autonomie régionale dans la prise de décision.

La deuxième étape de la réalisation des réformes (2016-2020) prévoit une transition graduelle vers un système capable de s'autogouverner. De ces premiers éléments, il nous paraît nécessaire de faire une analyse critique de ces réformes afin de mieux comprendre si le processus de décentralisation est bien complet ou s'il lui reste des changements à accomplir.

LIMITES DE LA DECENTRALISATION ET VOIES DE DEPASSEMENT

Actuellement, le système de santé français se caractérise par des fragmentations multiples au niveau de l'organisation et du financement. Cela est vrai entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi entre le secteur hospitalier et le secteur des soins de ville, entre les services de court séjour et les soins de longue durée, entre privé, public et associatif, mais aussi entre niveaux décisionnels national, régional, départemental et communal (Trouvé H. et Somme D., 2012). Les Agences Régionales de Santé (ARS) effectives depuis le 1er avril 2010 participent au mouvement de décentralisation en France en matière de santé. Cependant, la relation quasi tutélaire que les services de l'ARS entretiennent avec les principaux acteurs de la région invite à se demander s'il ne s'agit pas d'un prolongement à distance du pouvoir central, forme de centralisation au niveau régional, conformément aux forces jacobines historiquement dominantes dans la structuration des politiques publiques dans le pays.

En Russie, une partie du nouveau système d'assurance maladie repose sur l'introduction de règles de marché. Le nouveau système repose sur un changement de source de financement, d'un financement d'origine budgétaire à un financement prélevé directement sur les salaires. Les fonds d'assurances médicales obligatoires, créés au niveau fédéral, répartissent les moyens et régissent les 86 fonds d'assurances médicales de chaque citoyen de la Fédération. Chaque fonds est responsable de la collecte des cotisations et assure les services médicaux à la population via des compagnies d'assurances privées. L'application de ce système varierait selon les régions, en fonction du mode de collecte des cotisations des personnes sans activité professionnelle (catégorie regroupant enfants,

retraités et chômeurs). En effet, certaines les suppléent tandis que d'autres paient directement les frais médicaux. De façon moins comparative mais plus analytique, les deux systèmes connaissent des difficultés communes (2.1.) pour lesquelles nous proposerons des voies de dépassement (2.2).

Identifier les difficultés

En reprenant les dispositions développées par Yves Chappoz et Pierre-Charles Pupion (2013) trois éléments paraissent encore à améliorer comme la question du périmètre territorial qui reste encore à stabiliser (2.1.1), celles des outils et des construits empruntant à l'« accountability » pour dépasser les effets de la planification centralisée (2.1.2.) et enfin l'élaboration d'un projet concentré sur les besoins des populations du territoire local (2.1.3.) sont des sujets où une marge de progression existent.

Un périmètre territorial à stabiliser...

En France, en ne s'appuyant que sur la loi HPST et en restant sur le domaine du handicap et de la perte d'autonomie, il est possible de dénombrer pas moins de quatre échelons territoriaux : le national avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA), le régional avec l'ARS et la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), l'inter-départemental à travers le PRIAC étudié dans le point précédent, et enfin de le départemental avec la DDASS et le Conseil Départemental . Cet empilement pose deux questions : celle de l'articulation de ces différentes échelles territoriales et celle du niveau pertinent de la planification. Le niveau départemental paraît pertinent pour identifier les équipements et services relevant du conseil départemental et des besoins du territoire. En revanche, il ne correspond pas aux procédures financières, puisque c'est au niveau régional que se répartissent les enveloppes nationales de l'assurance-maladie et de l'aide sociale de l'État. De même, le comité régional de l'organisation sociale et médicale sociale (CROSMS) est établi au niveau régional. Dans le cadre de la loi HPST, l'échelon régional apparaît comme le plus adéquat, car il permet d'affecter les moyens, d'éviter les effets artificiels de frontières administratives et peut faciliter la coordination avec la planification hospitalière réalisée à l'échelle régionale. Un paradoxe demeure car l'État tente de réguler les moyens au niveau de la région, alors que les schémas sont stabilisés au niveau du département. « La question de l'échelle et des « référentiels spatiaux d'analyse » est bien là » (Marais M.-C. et Rapegno N., 2015, p. 146-147).

Cette question de l'échelon territorial apparaît ainsi bien complexe. Néanmoins, quand on interroge les acteurs de terrain, la complexité s'accroît encore, avec un sentiment d'une véritable superposition qui émerge pour les personnes chargées d'assurer la cohérence de la prise en charge pour un patient ou une population de patients particulière (un pilote de MAIA du Sud de la France). Outre le territoire de l'ARS et celui du Conseil Départemental qu'ils identifient naturellement, ils

travaillent à un niveau local, non encore identifié, celui où se réalise la prestation de service social et médico-social. Ils constatent même que chaque acteur de terrain travaille sur un territoire local de taille différente, l'hôpital n'ayant pas la même zone d'influence que le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou encore que l'association d'aide d'un quartier. Quand ils se retrouvent dans des dispositifs tels que les MAIA, que nous étudierons dans la deuxième partie, ils doivent travailler avec des échelles territoriales variées. Ils identifient des besoins de concertation et la coordination dans les territoires au plus près de la population, au niveau local, pour organiser une prise en charge non seulement opérationnelle mais aussi stratégique, et ils identifient aussi assez aisément l'intérêt d'un niveau départemental pour lequel une réflexion stratégique et opérationnelle leur paraît nécessaire. Si ce mille-feuille territorial peut décourager par sa complexité, il peut appeler aussi à l'élaboration de nouvelles formes d'organisation.

En Russie, les différences apparaissent dès le niveau inter-régional, notamment en raison de la faiblesse du fonds fédéral de péréquation, car le niveau de développement économique influe directement sur les financements publics et sur les ressources collectées au titre de l'AMO, ce qui, de fait, engendre des inégalités dans le développement et l'équipement des infrastructures de santé et par voie de conséquence d'accès aux soins. On relève notamment des différences notoires dans la proportion de patients ayant bénéficié d'une hospitalisation gratuite. Elle peut atteindre 74,2 % dans les régions économiquement dynamiques et se situer seulement à 55,7 % dans les régions les moins favorisées. Cette situation est clairement contraire au principe d'accès gratuit au panier minimal de soins (Shishkin et Vlassov, 2009). Le problème principal à l'échelon territorial réside dans le programme des garanties d'État (le panier de soins minimal) établi au niveau national il y a plus de 20 ans, ainsi qu'aux standards médicaux élaborés. Tout d'abord, le panier ne prend en compte ni les disparités majeures entre les régions, ni les particularités des besoins de la population, ni les ressources spécifiques de chaque région. Les experts du système de santé russe soulignent la nécessité des changements des paniers territoriaux de soins minimaux, ainsi que de la méthodologie de l'évaluation de ces paniers. En outre, les standards médicaux élaborés ne reflètent pas les changements dans le domaine de la prestation des soins médicaux, tels que la modernisation des équipements et des techniques médicales. Un autre obstacle majeur pour la réalisation efficace du programme des garanties d'État reste le manque de son financement par le système d'AMO. Donc, juridiquement tous les citoyens russes ont le droit d'obtenir des services médicaux gratuits, mais en réalité l'assurance ne couvre qu'une partie des soins. Malgré le fait que l'augmentation officielle du financement de l'aide médicale par habitant a vu son montant en valeur multiplié par plus de six sur la période du 1998 au 2007, il n'y avait presque pas d'augmentation « réelle » à cause de l'inflation et du renchérissement des coûts des services médicaux.

Des construits basés sur l'« accountability » pour dépasser les effets de la planification centralisée

Le terme « accountability » peut être traduit en Français comme « rendre des comptes à la société » et « se rendre compte de ce que l'on fait ». D'après Azon et Van Caillie (2009), dans le secteur public et dans la mouvance de la nouvelle gestion publique, l'accountability est vue comme la responsabilité des autorités publiques devant les citoyens et consommateurs (Lapsley, 1999). Une étude large de l'accountability dans le domaine de la santé publique est faite dans le rapport de Demailly L. et al. « Reddition des comptes et santé mentale en France » (2010, p.1). D'après ce rapport, la politique publique « est bien cet acte par lequel l'action publique est d'une part exposée au regard et au jugement des citoyens, des contribuables, des représentants du peuple, et autre part, par lequel les acteurs et les décideurs de ces politiques peuvent prendre conscience des qualités et de l'insuffisance de leurs pratiques et de leurs organisations ». Cet outil permet aux organisations de clarifier et traduire leurs visions et leurs stratégies, communiquer et lier les actions, planifier et définir les objectifs, fournir un feedback et permettre l'apprentissage. Dans le champ de la santé, la dynamique de l'accountability porte sur les outils d'évaluation de la performance des résultats (efficacité), alors qu'en France et en Russie il s'agit davantage de mesurer une performance basée sur l'activité déployée et l'efficience.

La nouvelle procédure d'appel à projet en France assure les acteurs de terrain d'un financement de leur projet s'il est retenu car il permet d'articuler une autorisation de modification ou de création avec le processus de planification et de programmation prévue par la loi HPST. Toutefois des premiers retours d'expérience (Hocquet J.-Y., 2012, p. 28-29 ; Vachey L., Jeannet A. et al., 2012, p. 22-23) font ressortir des difficultés en matière d'extension et de transformation des structures notamment dans le domaine du handicap. Quand les demandes visent l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes concernées sur un territoire donné, les rapports de missions font apparaître des difficultés du secteur social et médico-social en rapport avec la procédure d'appel à projet. Si le montage d'un dossier implique pour les acteurs locaux une charge de travail importante, un formalisme certain s'apparentant à de la lourdeur, du côté de la tutelle ARS, l'étude de chaque candidature revêt un caractère chronophage. Il apparaît aussi une certaine normalisation des projets, certainement inspirée par la volonté planificatrice, réalisée au moyen de seuils d'extension maximum qui ne prennent pas en compte les situations et les besoins locaux. Il semblerait que, dans les premières expériences, les justifications de ces limitations se perdent dans les méandres du mille-feuille territorial (Marais M.-C. et Rapegno N., 2015, p. 151-152).

Le deuxième aspect potentiellement négatif dans la mise en œuvre de la planification centralisée au moyen des appels à projet, réside dans la mise en concurrence d'acteurs d'un même secteur d'activité ou, en tous les cas, agissant sur le même type de population d'un même territoire. Les

éléments actuellement disponibles dans la loi n'envisagent pas de modes de régulation centralisée de type Tarification à l'Activité (T2A) et cela est plutôt heureux. Car le seul moyen dont disposent les établissements pour équilibrer leur budget consiste à augmenter le volume d'activité qu'ils produisent, dans une enveloppe globalement contrainte. Cette activité sera alors immanquablement « sous valorisé », au moyen d'une baisse des tarifs. Loin de contenir l'accroissement des dépenses hospitalières ces dernières années, la T2A semble développer l'un des traits bien connus d'un PPS (Prospective Payment System), à savoir son caractère inflationniste, par la course à l'activité dans laquelle elle plonge les établissements (Angelé-Halgand et Garrot, 2014). Cette course à l'activité ne favorise pas les nécessaires coordinations, qui sont pourtant appelées de leurs vœux par de nombreux experts.

Si l'AMO mise en œuvre en 1993 en Russie a permis d'attirer des financements en faveur des soins de santé et a apporté une certaine rationalisation du système, puisque l'argent des assurances va réellement aux établissements de santé pour la fourniture de services aux citoyens. A grande échelle, elle apparaît plutôt comme un échec. En effet, l'AMO a échoué à remplacer le système de financement budgétaire des soins, les fonds rassemblés n'excédant pas 40% du financement total de la santé, et elle a ajouté des acteurs dans le système, rendant sa gouvernance plus complexe. En effet, les paiements versés à l'AMO pour les populations non-actives dépendent toujours des arbitrages des autorités régionales. Elles préfèrent généralement verser leurs fonds directement aux institutions de santé, sans passer par les fonds régionaux de l'AMO : il y a alors un « système de financement à double origine » pour les établissements de soins (Shishkin et Vlassov 2009). Les assureurs privés (95 en 2009) doivent faire le lien entre les fonds et les producteurs, mais ils ne sont pas censés contribuer à l'efficacité du système de financement de la santé. Il apparaît aussi qu'ils ont un faible impact sur les soins de santé, tant en terme d'amélioration de la qualité que de l'utilisation efficace des ressources. La multiplication du nombre de garants dans le système a un double effet : la dilution du pouvoir du Ministère de la Santé faisant disparaître les relais nécessaires au déploiement des politiques de santé aux échelons régionaux et locaux et l'émergence de pouvoirs régionaux engendrant différentes sources d'inégalités d'accès au panier de soins théoriquement garanti par le système (Popovich, Potapchik et al. 2011).

Nous voyons une sorte de myopie financière et budgétaire éloignant les autorités compétentes d'une forte demande d'une vision portée par l'accountability qui serait une actualisation des instruments de surveillance, de contrôle voire de réorganisation du secteur centrés sur des objectifs de services rendus à la population de patients.

Un projet concentré sur les besoins des populations du territoire local

La dernière limite identifiée en France concerne la question du besoin du territoire local et, au-delà du territoire du bénéficiaire de la prise en charge sociale, médico-sociale ou sanitaire. Elle est inspirée par l'expérience vécue par un réseau d'acteurs (une MAIA du sud de la France) qui souhaitait développer ses activités dans deux villes distantes de 40 km, ayant des problématiques territoriales très différentes. Outre la distance les séparant, le territoire autour de la première ville était de type urbain, semi-rural et rural avec des problèmes de dissémination des patients, parfois de manques de moyens, y compris humains, alors que la deuxième ville était principalement urbaine avec une abondance de professionnels libéraux et de structures. Malgré la capacité d'innovation des acteurs dans l'organisation de leur dispositif, ils ont été amenés à prendre des décisions de recentrage sur les besoins spécifiques de leurs territoires. Comme *« je ne pouvais pas faire deux tables tactiques différentes parce que certains acteurs participaient aux deux tables (...) je prenais une heure avec la première ville, à 10h00 la seconde nous rejoignait sur ce qui pouvait être commun aux deux, la première nous quittait alors que la seconde restait jusqu'à 11h00, on avait trouvé un moyen de faire quelque chose de commun, et en même temps spécifique à chaque territoire »* (un pilote de MAIA). Pourtant les spécificités des populations prises en charge et des territoires couverts par ce réseau ont amené les acteurs existant sur les deux villes à se scinder en deux réseaux indépendants, se centrant chacun sur leur territoire respectif. Cette expérience montre combien il est important de pouvoir mobiliser des acteurs de terrain partageant les mêmes besoins territoriaux et une même population de patients. Un aspect important retient toute notre attention dans cette expérience, la capacité des acteurs à trouver des solutions face à des situations complexes.

Le manque de concentration sur les besoins du territoire local apparaît, dans le système russe, à travers le recours massif aux hôpitaux. En effet, les soins en milieu hospitalier représentent 60 % des dépenses totales du gouvernement en matière de santé, contre 30 à 40% dans la plupart des pays de l'Union Européenne. Bien que le nombre de journées-lits pour 1000 habitants soit en baisse, il reste encore 2 à 3 fois plus élevé que les chiffres relevés dans les pays occidentaux. Cela est dû à la faible efficacité des soins primaires. Des efforts récents visent à renforcer ces services et à rééquilibrer l'allocation des ressources entre soins primaires et soins spécialisés, mais les effets de cette politique ne sont pas encore observables (Shishkin, Burdyak et al. 2013). Si le système répartissait mieux les ressources, il serait possible en coordonnant la médecine primaire et les hôpitaux d'améliorer l'efficacité des structures disponibles, un tiers des patients hospitalisés devraient pouvoir être pris en charge en ambulatoire. De même, l'informatisation et l'élargissement des réseaux de communication sont insuffisants. L'accès à la technologie informationnelle, faute d'équipements plutôt que par manque de capital cognitif, n'est pas encore suffisamment développé

dans les différents établissements hospitaliers de la Fédération de Russie. Ceci ralentit, pour ne pas dire interdit, la coordination et renforce les disparités dans les pratiques médicales.

Au-delà des limites identifiées, plusieurs pistes de dépassement ou d'aménagement sont envisagées par plusieurs experts afin de promouvoir la coordination et d'élargir le champ d'analyse de la prestation de santé. Elaborer une décentralisation véritablement d'une nouvelle gouvernance régionale avec les caractéristiques définies par Yves Chappoz et Pierre-Charles Pupion (2013).

Envisager des possibilités de dépassement

« ... la MECSS (Mission d'Evaluation des Comptes de la Sécurité Sociale) estime que la T2A, plus centrée sur la maladie que sur le malade, peut constituer un handicap pour la mise en place d'un parcours de santé ; elle propose de lancer rapidement, pour certaines pathologies, des expérimentations en vue d'instaurer un financement global qui comprenne la prise en charge en ville et en établissement » (Le Menn et Milon, 2012, p.8).

La conférence nationale de santé, dans son avis du 18 juin 2013, estime ainsi que « c'est la désorganisation de l'échelon national et ses fractures institutionnelles qui empêchent aujourd'hui le bon avancement de l'organisation et de la coordination régionale ». Elle dénonce un système national « morcelé et agencifié » (CNS, 2013). L'organisation des soins doit être simplifiée, décroïsonnée, recentrée autour du patient et de son médecin traitant, notamment pour les maladies chroniques, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie. Concrètement, cela passe par exemple par la mise en place de véritables maison de santé offrant des services médicaux de proximité aux citoyens (Beaucourt, Kustos, Masingue, Roux, 2014). Enfin, selon le rapport du Comité des « sages » rédigé en 2013, la stratégie nationale de santé doit porter et accompagner de profonds changements au travers d'un projet global encourageant le parcours de la personne (patient, personne âgée, personne handicapée), la coopération entre professionnels, la coordination ville-hôpital et la démocratie sanitaire dans le cadre des territoires. La première des priorités est d'organiser les soins de proximité dans le cadre d'un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale. Le pacte territoire santé destiné à lutter contre les déserts médicaux sera enrichi à partir des expériences et des besoins, ainsi que de nouveaux dispositifs pour répondre à l'attente des Français (Comité des « sages », 2013).

Actuellement, la Russie mène une réforme globale du système de santé visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Selon le concept du développement du système de santé « Plan Santé 2020 », le fonctionnement efficace du système est déterminé par les facteurs qui portent aussi sur la

coopération entre professionnels, la coordination ville-hôpital et la démocratie sanitaire dans le cadre des territoires (Plan Santé 2020, 2008). Des études montrent l'intérêt, dans des secteurs particuliers comme la cancérologie, comment les approches coordonnées et pluri-compétences en médecine peuvent renouveler les pratiques médicales au bénéfice du patient (Routelous, 2014). Si un consensus se dégage sur l'organisation des soins dans le système de santé français et russe il se trouve que les modèles de gouvernance existants ne soient pas adaptés à ce nouveau mode d'organisation souhaité par les experts. Au contraire, les éléments avancés pour documenter la crise de la gouvernance du système de santé français laissent poindre des effets négatifs pour l'émergence de ce nouveau mode d'organisation. Ceci conduit à ébaucher un cadre venant documenter les efforts restant à couvrir pour identifier les voies de progression existantes pour atteindre une décentralisation complète est une véritable gouvernance territoriale en matière de santé, il s'appuie sur les travaux d'Elinor Ostrom (1990, 2010) développé dans le contexte particulier de la gouvernance des ressources communes. Nathalie Angelé-Halgand et Thierry Garrot (2014) utilisent une grille d'analyse et proposent la mise en œuvre d'un nouveau mode de contrôle à partir des enseignements d'Ostrom. Un des enjeux consistera à proposer un dispositif permettant d'assurer des changements incrémentiels et auto-transformant, prenant en compte les éléments externes et internes influençant le niveau d'élaboration collective des règles et notamment la prise en compte dans le raisonnement des coûts d'information et de transaction (Ostrom E., 2010, p. 228). Ces éléments, pourtant essentiels pour la mise en œuvre de coopérations, sont généralement ignorés dans les modes de gouvernance actuellement utilisés dans les systèmes de santé en France et en Russie.

La co-construction accompagnée pour stabiliser le périmètre territorial

La question de co-construction accompagnée est développée dans la communication de Garrot T., Angelé-Halgand N. et Oganessian A. (2015). La première question qui se pose, quand il faut gouverner une action collective, réside dans la mise en place des mécanismes institutionnels qui vont permettre aux différentes parties prenantes d'agir ensemble. Il est généralement reconnu que les institutions améliorent le bien-être des acteurs rationnels, ce qui explique l'existence de ces dernières. Toutefois Bates (1988) identifie au moins deux problèmes pour la mise en place de ces institutions et de leur mode de gouvernance. Analysant les jeux d'assurance il met en évidence une préférence des acteurs pour la création d'institutions, mais il identifie qu'elles soumettent à un dilemme leurs participants. Ces types de jeu donnent globalement des résultats plus avantageux et permettent de dégager des équilibres globalement satisfaisants. Mais les participants identifient que les bénéfices résultant de ces équilibres ne sont pas partagés de façon équitable. En tant qu'acteur rationnel, ils sont donc incités individuellement à rechercher un ensemble de règles leur fournissant un résultat plus avantageux. Il pourrait donc apparaître un désaccord important entre les acteurs sur

les choix de l'institution et de sa gouvernance, et Bates (1988) parle d'un « dilemme collectif ». Il pousse ensuite son analyse en constatant que, même si tous les acteurs étaient certains de recevoir un bénéfice exactement similaire pour chacun d'entre eux, ils resteraient confrontés un dilemme de second ordre. En effet, en tant qu'acteurs rationnels et impliqués dans la gouvernance d'une action collective institutionnalisée, ils vont chercher à obtenir ces bénéfices en minimisant, voire en évitant toute contrepartie de leur part. Ils sont donc confrontés là encore un dilemme pour lequel Bates ne voit pas de moyens pour un groupe de personnes impliqués dans un problème commun, de sortir de cette situation de double dilemme. Pourtant, ses observations empiriques lui montrent qu'il existe bel et bien des individus qui sont capables de résoudre concrètement ce double dilemme. Il trouve dans les travaux de Kreps et al. (1982), sur le jeu du dilemme du prisonnier répété sur un nombre de périodes finies, des résultats qui conduisent un joueur à s'engager dans un comportement coopératif dans l'espoir d'obtenir en retour un comportement identique des autres joueurs. Bates en conclut pour la mise en place de nouvelles formes de gouvernance, qu'il est nécessaire d'établir un climat de confiance et de définir un sens de la communauté. Il ajoute la nécessité de s'intéresser au monde des comportementalistes, afin de mieux comprendre comment la rationalité des individus peut conduire à des actions collectives cohérentes (Ostrom, 2010, p. 58-59).

Le co-engagement sur la valeur source d'« accountability » pour les acteurs

Afin de reprendre la question de co-engagement crédible des acteurs, nous présentons ici les idées de la communication de Garrot T., Angelé-Halgand N. et Oganessian A. (2015) sur la nouvelle mode de gouvernance dans le domaine de la santé.

Même en imaginant que tous les problèmes de mise en place aient été résolus, les règles de gouvernance vont devoir faire face à la pérennisation du dispositif. Il s'agit de comprendre comment les parties prenantes vont pouvoir tirer chacun les bénéfices sur le long terme. Les théoriciens de l'action collective utilisent le concept « d'engagement » pour expliquer pourquoi des acteurs acceptent de se conformer aux règles qu'ils ont collectivement acceptées. Si tout le dispositif de gouvernance est correctement élaboré, et qu'il est respecté par les acteurs, les ressources reçues par chacun seront plus prévisibles, les conflits pourront être réduits et la ressource pourra être maintenue dans le temps. Toutefois, un acteur n'est pas préservé d'événements qu'il n'aurait pas pris initialement en compte dans son raisonnement et qui remettrait en cause de façon importante le niveau de bénéfices retirés de la ressource exploitée. Dans ce cas, il va être fortement tenté de transgresser les règles initialement acceptées de façon à pouvoir s'assurer le niveau de bénéfices attendus par lui. Elinor Ostrom donne l'exemple d'un agriculteur partageant une ressource en eau, qui serait confronté à une sécheresse exceptionnelle de sa parcelle le conduisant à envisager un sur-prélèvement d'eau pour s'assurer un niveau de production agricole satisfaisant de sa parcelle. Ces

situations questionnant l'engagement de l'acteur pour le respect des règles est généralement traité par le recours à une sanction infligée au contrevenant par une autorité extérieure tel que l'État par exemple. Mais les théoriciens oublient de se poser la question, ou d'expliquer pourquoi, l'autorité extérieure aurait l'intérêt, tout d'abord à identifier les contrevenants et ensuite à les sanctionner. Or, dans ce mode original de gouvernance, le groupe des acteurs auto-organisés doit résoudre la question de l'engagement de ses membres sans autorité externe (Ostrom E., 2010, p. 59-61). Les éléments apportés par Ostrom, dans les situations de gouvernance des « commons », dégagent deux caractéristiques. Premièrement, tous les acteurs impliqués dans la même situation doivent prendre des engagements similaires et deuxièmement les bénéfices nets espérés sur le long terme découlant de la mise en œuvre de cette gouvernance collective doivent être supérieurs aux bénéfices escomptés par les individus pour des stratégies de court terme (Ostrom E., 2010, p. 223). Ainsi, les conditions de co-engagement crédible sur la valeur est une source du concept d'accountability pour les acteurs dans le domaine de santé dans le cadre de l'action publique.

La pratique partagée, source du projet à destination des populations.

Cette question de la surveillance mutuelle est directement liée au concept d'accountability développé ci-dessus. Les théoriciens de l'action collective montrent qu'un acteur n'a aucun intérêt à s'impliquer dans la surveillance des comportements des autres et à les sanctionner. Pour de bonnes et simples raisons, il serait le seul à s'impliquer dans la surveillance et l'application des sanctions, supportant seul les coûts associés à cette démarche, et il se verrait naturellement contraint à en partager les bénéfices avec l'ensemble des parties concernées par la situation collective. Un troisième dilemme est ici identifié. Il remet complètement en question les premiers équilibres car « (...) dans une tentative de résolution des problèmes d'action collective par l'élaboration de nouvelles institutions en vue de modifier la structure des incitations auxquelles ils font face. Sans surveillance, il ne peut il y avoir d'engagement crédible ; sans engagement crédible, il n'y a aucune raison de proposer de nouvelles règles » (Ostrom E., 2010, p. 62). Mais là encore, les observations empiriques contredisent les analyses théoriques.

Dans la situation particulière de gouvernance des « commons », Elinor Ostrom (2010, p. 223 et suivantes) montre que les individus peuvent adopter des stratégies conditionnelles, « je le fais si tu le fais aussi ». Ces stratégies permettent, si elles sont accompagnées de surveillance et d'un système de sanction progressif, de favoriser l'auto-engagement des parties dans la surveillance mutuelle. Cet engagement est notamment expliqué par un mécanisme d'ajustement du taux de conformité aux règles perçues par l'individu, ce qui lui permet de réviser ses décisions futures. S'engage alors un processus vertueux où les stratégies conditionnelles renforcent le besoin de surveillance, laquelle surveillance renforce l'adoption de stratégies conditionnelles. L'explication de l'implication des

individus dans cette surveillance mutuelle s'explique par de multiples facteurs qui vont progressivement s'auto-renforcer et être le fruit d'un processus d'apprentissage incrémentiel et auto-transformant (Garrot, 2016). Nous retrouvons ici, dans un contexte différent, l'idée d'Edgar Morin (2005, p. 53) de système auto-éco-organisateur qui d'expériences maîtrisées de taille modeste en expériences maîtrisées va pouvoir progressivement, par le phénomène d'apprentissage, s'atteler à résoudre des problèmes de plus en plus complexes.

CONCLUSION

Cette communication, à travers des regards croisés, ouvre des perspectives de dépassement des limites ou insuffisances actuellement constatées ou émergentes dans chacun des systèmes de santé russe et français. En présentant en parallèle les situations nationales, les particularités ; des problèmes communs sont identifiés et peuvent être vus avec plus de recul. Même si les situations des deux états ont de réelles spécificités, cette communication souligne qu'elles ont choisi des modes de régulation similaires, au cours de leur histoire. Tout d'abord de nature étatique, la régulation actuellement connue, appartient plus au mouvement international du Nouveau Management Public qui instille des mécanismes de marché au sein des services ou des collectivités publiques. Si les mécanismes de marché promettent une meilleure efficience des producteurs de soins accompagnée d'une amélioration de la qualité des prestations, des questions de coopération entre les acteurs apparaissent naturellement quand chacun réalise que c'est le patient ou la population qu'il constitue avec ses concitoyens, qui est, sur la question de sa santé, l'objet du marché. Cela nous amène à discuter ce mouvement d'un point de vue plus théorique en faisant dialoguer économie politique, sciences politiques et sciences de gestion sur la question de la décentralisation et de la gouvernance territoriale. Pour dépasser les limites identifiées dans ce dialogue, nous envisageons les apports que pourraient avoir les travaux d'Elinor Ostrom sur les biens communs à cette problématique complexe. Dans les mécanismes d'institutionnalisation des relations entre les individus qu'ils décortiquent, ces travaux ouvrent des voies d'explication des modes de gouvernance sur un même territoire et une même ressource collective au service des individus. Cette perspective ouvre plusieurs champs d'investigation, tant en France qu'en Russie, pour identifier comment ces phénomènes pourraient être favorisés et s'ils pouvaient apporter des effets positifs au système de santé russe et français.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAM T. ET GURRUCHAGA M. (2015), Collectivités, territoires et santé, Regards croisés sur les frontières de la santé, L'Harmattan, Paris.
- ANGELE-HALGAND N., GARROT T. (2014), « Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins », Comptabilité, Contrôle, Audit, tome 20, n° 3, p.15-41.

ANGELE-HALGAND N., GARROT T. (2015) « Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification », *Entreprises & Histoire*, 2015/2, n°79, p. 41-58.

AZON A. T., & VAN CAILLIE D. (2009), « Outils de contrôle de gestion et performance des collectivités locales : état de la littérature. » *La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit*.

BATES R. H. (1988), « Contra Contractarianism: Some Reflections on the New Institutionalism », *Politics & Society*, June, vol 16, p. 387-401.

BEAUCOURT C., KUSTOSZ I., MASINGUE A., ROUX, L. (2014), « La coordination au sein des maisons de santé: d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions », *Gestion et management public*, 2(2), p. 61-79.

CIRCULAIRE N° DGCS/DGOS/CNSA/2014/09 du 15 janvier 2014 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2014

DECRET N° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

DEMAILLY L., DEVINEAU J., MAURY C., & MOSSE P. (2010), *Reddition des comptes et santé mentale en France*.

GARROT T. (2016), « Le pilotage de l'action collective complexe : quelles réalités, quels savoirs, quelles méthodes, quelles valeurs... », notice présentée pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches soutenue le 22 janvier 2016 à l'Université de Nantes, 105 pages

GARROT T., OGANESYAN A. (2014), « Introduction des mécanismes de marché dans la santé : Regards croisés entre la Russie et la France » 4ème conférence franco-russe « L'avenir de l'Europe et de la Russie dans le monde après la crise », Nice, 5-6 mai 2014.

GARROT T. ET OGANESYAN A. (2014) A NICE

GARROT T., ANGELE-HALGAND N. ET OGANESYAN A. (2015), « Reconfiguration de la gouvernance de la santé par les apports d'Elinor Ostrom », 6ème colloque santé La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale, Marseille, 8 et 9 avril 2015.

GEORGESCU I. ET NARO G. (2012), « Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Tome 18, Volume 3, Décembre, p. 67-96.

GUERIN M.-F., JOIN-LAMBERT M.-T., MORLA S., VILLAIN D. (1995), *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales*, tome 1, Paris, IGAS, 1995.

HOCQUET J.-Y. (2012), « Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico- social à l'inclusion des personnes handicapées des clés pour la cité » Rapport à Madame la secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion Sociale Marie-Anne Montchamp, Avril 2012 disponible à l'adresse : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/rapport_hoquet.pdf

VACHEY L., JEANNET A., VARNIER F., AUBURTIN A., FOULQUIER GAZAGNE C.-M. (2012), « Etablissements et services pour personnes handicapées offre et besoins, modalités de financement », rapport Inspection générale des finances N° 2012 - M - 021 - 01, Inspection générale des affaires sociales N° RM - 2012 - 126 P disponible à l'adresse : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article289>.

KREPS D. M., MILGROM P., ROBERTS J. ET WILSON R (1982), « Rational cooperation in the finitely repeated prisoners' dilemma », *Journal of Economic Theory*, Volume 27, Issue 2, August, p. 245–252.

LE MENN J. ET MILON A. (2012), Rapport d'information n° 703 enregistré à la Présidence du Sénat le 25 juillet 2012 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé, 341 pages.

LAPSLEY I. (1999), « Accounting and the New Public Management: Instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity? », *Financial Accountability and Management*, Vol. 15 n°3/4, pp. 201-7

LORINO P. (2003), *Méthodes et pratiques de la performance*, 3ème édition, Editions d'Organisation, Paris.

MARAIS M.-C., RAPEGNO N. (2015), « La loi HPST, l'aboutissement d'un processus de planifications médico-sociale ? » dans *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé* sous la direction de Thomas Alam et Marion Gurruchaga, L'Harmattan, Paris, p. 135-154.

MATHIVET B. (2006), « Crise et réforme du système de santé en Russie, Colloque International « État et régulation social : comment penser la cohérence de l'intervention publique ? », Paris, 11-13 septembre 2006.

MORIN E. (2005), *Introduction à la pensée complexe*, Editions du Seuil, Paris.

Ostrom E. (1990), *Governing the commons – The evolution of institutions for collective action*, Cambridge University Press.

OSTROM E. (2010), *Gouvernance des biens communs : pour une nouvelle approche des ressources naturelles*, De Boeck DL, Bruxelles.

POPOVICH L., et al. (2011), Russian Federation: health system review, World Health Organization.

ROUTELOUS C. (2014) « L'apprentissage du travail pluridisciplinaire : L'enseignement des communautés de pratiques en oncogériatrie », Gestion et management public, 2014/2 (Volume 2/n°4), p. 45-60

SHISHKIN S., et al. (2013), Patient choice in the post-Semashko health care system, National Research University Higher School of Economics.

SHISHKIN S., VLASSOV V. (2009), Russia's healthcare system: in need of modernisation, BMJ, 338.

TROUVE H., SOMME D. (2012), Étude réalisée pour la direction générale de la santé par la fondation nationale de gérontologie.

Chapitre 3. Reconfigurer la gouvernance en santé : Les apports d'Ostrom

Résumé : Ce papier est porteur d'une contribution théorique sur la gouvernance du système de santé français. Il s'inscrit dans le courant des travaux tentant de dépasser les limites des modes étatiques et mercantiles de régulation en étudiant la troisième forme de gouvernance, reposant sur la capacité d'organisation des acteurs, comme l'illustrent les réseaux de santé. Pour cela, nous mobilisons une grille de lecture inspirée des sciences politiques notamment développée par E. Ostrom en étudiant les apports potentiels des systèmes auto-organisés et autogouvernés pour le secteur de la santé. La proposition théorique est développée à travers le programme Tarification au Cycle de Soins (TCS) inspiré par des travaux d'Ostrom et qui propose une réponse à une série de défis posés à tout système de gouvernance d'une action collective. Ainsi, successivement les dilemmes associés à la mise en place de la gouvernance, celui de la crédibilité des engagements et enfin, le dernier dilemme relatif à la surveillance mutuelle sont abordés avec une dimension praxéologique. Des propositions élaborées dans ce cadre ressort la nécessité d'accompagner une évolution importante du rôle des tutelles, qui passerait d'une maîtrise d'œuvre à une maîtrise d'ouvrage.

Mots clés : gouvernance, santé, biens communs, coopération, Tarification aux Cycles de Soins (TCS).

Abstract: This paper carries out a theoretical contribution to the governance of the French healthcare system. It contributes to overcome the limitations of state and market modes of regulation by studying the third form of governance that relies on the organizational capacity of stakeholders, as illustrated by healthcare networks. To do this, we resort to an analytical grid borrowing to political sciences, and more specifically E. Ostrom in her work dedicated to the potential benefits of self-organizing and self-governed systems for the healthcare sector. The theoretical proposal is developed throughout the program Care Cycle based Tariffs (CCT) inspired by Ostrom's works and which provides an answer to a series of challenges in any system of governance of collective action. Thus, successively the dilemmas associated with the implementation of governance, the credibility of commitment and the last dilemma on mutual monitoring are also addressed with a praxeological dimension. Beyond the proposals derived from this framework, there is the need to support major changes in the roles of the healthcare authorities shifting from project management towards project ownership.

Key words: governance, health, commons, cooperation, Care Cycle based Tariffs (CCT).

INTRODUCTION

Dans le numéro spécial de la Revue Politiques et Management Public de juillet à septembre 2012 intitulé « L'action publique en crise(s) ? » deux articles nous ont particulièrement interpellés pour les questionnements qu'ils portent sur le service public, sur celui de la santé en particulier et sur sa gouvernance. Jacques Caillosse (2012) dresse le constat que la jurisprudence appliquée aux services publics est porteuse d'un nouveau paradigme où l'ordre juridique intégrerait progressivement la compétition économique. Il constate que les élites économiques, administratives et politiques se seraient converties à cette compétition économique au sein même des services publics et que cela apparaissait maintenant clairement dans les évolutions du droit, particulièrement structurant et organisant dans le domaine de la santé. Robert Leduff et Gérard Orange (2012) cherchent eux à mieux comprendre comment des biens à faible ou hypothétique gain de productivité, principalement constitués par des services relevant traditionnellement des services publics (la santé, l'éducation, la culture...) doivent être gérés différemment par la puissance publique afin d'éviter les effets néfastes pour les budgets publics de la « loi de Baumol » (Baumol, 1985). Cette loi, dites « maladie des coûts », montre que les coûts relatifs aux services à faible gain de productivité connaissent une croissance inéluctable dans le temps, s'ils sont évalués uniquement à l'aune de critères économiques. En effet, comparativement aux biens à fort gain de productivité, ils vont proportionnellement paraître de plus en plus chers à cause de la stabilité de leurs coûts de production. Baumol montre que pour ces biens les budgets globaux consacrés ne peuvent que croître si l'objectif est d'offrir une certaine équité d'accès à ces services publics. Ce résultat recoupe de façon troublante le constat et l'analyse faite par Nathalie Angelé-Halgand et Thierry Garrot (2014) des raisons du creusement du déficit de la sécurité sociale pour les dépenses hospitalières. Les voies de solutions envisagées par R. Leduff et G. Orange explorent la notion de développement humain apparu avec le développement économique. Ils mettent en avant les éléments contenus dans le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), pour lequel le principal objectif est d'élargir la gamme des choix offerts à la population. Cela permet un développement plus démocratique et plus participatif. Ces choix doivent comprendre « des possibilités d'accéder aux revenus et à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé et à un environnement propre ne présentant pas de danger. L'individu doit également avoir la possibilité de participer pleinement aux décisions de la communauté et de jouir des libertés humaines, économiques et politiques. » (PNUD 1987 in Leduff et Orange, 2012, p. 458). Cette conception de la gestion des services publics remet complètement en cause le mode de gouvernance et nous nous proposons d'explorer des modes alternatifs appuyés sur les apports que les travaux d'Elinor Ostrom, prix Nobel d'économie en 2009, pourraient faire à la question de la gouvernance de la santé. Elle s'est intéressée, entre autre, à la gestion des biens d'intérêt collectifs ou « commons » par des institutions émergentes où les acteurs

de la situation sont directement impliqués. Les terrains ayant servi de base aux apports théoriques d'E. Ostrom (1990) concernaient des institutions ayant permis l'utilisation pérenne et viable de ressources principalement naturelles et rares.

Ces éléments conduisent à s'intéresser à un mode de régulation, ou mode d'organisation de la gouvernance, alternatif au marché ou à l'Etat qui a été étudié par E. Ostrom (1990, 2010) développés dans le contexte particulier de la gouvernance des ressources communes. N. Angelé-Halgand et T. Garrot (2014) utilisent une grille d'analyse issue de ces travaux et proposent un nouveau mode de contrôle des établissements hospitaliers, que nous souhaitons élargir à la question de la gouvernance de la santé. Selon P. Dardot et C. Laval, (2010, p. 117), « (...) outre le fait qu'elle (la théorie des biens communs) prend en considération des questions nouvelles réelles et des transformations majeures comme l'environnement ou les technologies de l'information, cette théorie introduit la dimension fondamentale des institutions dans la gestion des communs, en soulignant (...) Ce qu'il y a (...) de commun dans les communs, (...) le fait qu'ils sont toujours utilisés collectivement et gérés par des groupes qui peuvent être de tailles différentes et obéir à des logiques variées. »

M. D. McGuinnis (McGinnis, 2013), professeur et directeur de recherche dans le groupe de travail inspiré par Vincent et Elinor Ostrom sur la théorie et l'analyse des politiques, identifie différents types de biens communs dans la santé : les équipements (hôpitaux, cliniques, services d'urgence, etc.) ; les ressources financières (assurance maladie obligatoire et complémentaires, les programmes de santé, les financements complémentaires...) ; le capital humain (professionnels de santé, citoyens soucieux de leur santé...) ; le capital social (confiance entre les professionnels de santé, les décideurs et fonctionnaires et la population). N. Angelé-Halgand et T. Garrot (2015, p. 58) identifient comme bien commun l'accès aux soins pour tous, quels que soient le montant de leurs revenus ou leur statut. Cette caractéristique du système de santé est liée à un principe de solidarité, qui repose dans le cas français, sur un financement collectif des soins de santé, assimilé par voie de conséquence, au bien commun en question. Cela revient à appliquer la grille d'analyse d'Ostrom aux ressources financières collectivement gérées par l'Assurance Maladie, en droite ligne du courant des fiscal commons (Angelé-Halgand & Garrot, p.19). Ce choix présente l'intérêt de pointer l'intrication d'une qualité du service rendu générateur de valeur pour le patient et le principe de solidarité intégré dans les choix de financement et de gouvernance du système.

Il s'agit ici d'élargir cette analyse et d'explorer la gouvernance des biens communs, à travers une application au système de santé français, le programme « Tarification au Cycle de Soins sociaux et de santé » (TCS). Nous allons montrer comment il est possible d'apporter une contribution à la discussion. Comme les théoriciens de l'action collective ont identifié plusieurs défis à l'action

collective et à sa gouvernance, la proposition théorique TCS va être présentée en reprenant les questions de mise en place de la gouvernance, puis celles portant sur la crédibilité des engagements, pour terminer sur celles relatives à la surveillance mutuelle.

LA MISE EN PLACE DE LA GOUVERNANCE PAR LA CO-CONSTRUCTION ACCOMPAGNEE

Les phénomènes où les acteurs se mobilisent notamment au sein de réseaux et les problématiques de santé qui les portent sur le devant de la scène sont présentes par exemple dans l'article de A. Buttard (2008), où elle fait une analyse explicative des difficultés de développement, en France, de ce type de structures organisationnelles émergentes. L'auteure avance la proposition d'une gouvernance duale sur un mode plutôt contractuel entre la tutelle et la structure en réseau de santé (SRS) et un mode plutôt coopératif basé sur la confiance et la délibération à l'intérieur de la SRS, une fois la phase d'élaboration de la coopération réalisée avec l'aide de la tutelle. Dans la conclusion, l'auteure place de grands espoirs dans la mise en œuvre des Agences Régionales de Santé, et dans leur capacité espérée, de faire du lien en regroupant les attributions et en promouvant un décroisement du secteur.

Ses idées sont partagées dans l'article de Hervé Michel et Alain Jourdan (2011) qui constatent le fait que dans le cadre des ARS, la synthèse des différentes logiques techniques, politiques, corporatistes et individualistes sera au centre de l'activité des agences. Les auteurs concluent que « ce travail sera cependant d'autant plus complexe qu'une articulation croissante entre les différents champs de compétence des ARS (hospitalier, santé publique, médecine de ville, médico- social...) sera recherchée » (Michel, Jourdan, 2011 p.305)

Si les travaux de A. Buttard (2008) sur l'importance de la gouvernance conceptive dans les réseaux de santé mettent en exergue l'importance de la diversité des acteurs et du rôle du tutelle (des ARS) au sein de ces organisations émergentes ; cependant, ils n'abordent pas directement la question de la mise en place des mécanismes institutionnels permettant aux différentes parties prenantes d'agir ensemble, quand il s'agit de gouverner une action collective.

Il est généralement reconnu que les institutions améliorent le bien-être des acteurs rationnels, ce qui explique leur existence. Céline Desmarais et Claire Edey Gamassou (2012) mobilise les recherches sur le concept de Motivation de Service Public (MSP) qu'elles définissent d'après la définition de Perry (Perry et Wise, 1990) comme « la prédisposition individuelle à répondre à des motifs portés en premier lieu, sinon uniquement, par des institutions et organisations publiques ». Les « motifs » sont les besoins que l'individu cherche à assouvir rationnels, normatifs ou affectifs (Knoke et Wright Isak, 1982). Les motifs rationnels produisent des actions fondées sur la maximisation de l'utilité individuelle. Les besoins normatifs engendrent des efforts pour se conformer à des normes

valorisées telles que l'altruisme ou la loyauté. Les besoins affectifs peuvent susciter des réponses émotionnelles déclenchées par le contexte social. (Desmarais, Gamassou, 2012, p.396).

E. Ostrom (1990, 2010) considère, dans ses travaux, l'acteur comme rationnel. Par contre, Ostrom ne fait pas référence à un processus de maximisation des gains espérés car elle s'inscrit dans un cadre de rationalité limitée explicitement dérivé d'Herbert Simon. Loin des analyses « hyper-rationnelles », la prise de décision des acteurs s'inscrit chez Ostrom dans des processus qui peuvent être non intentionnels, et même inconscients comme l'oubli ou la dissonance cognitive (Jean-Pierre Chanteau et Agnès Labrousse, 2013). L'individu agit toujours en opérant une comparaison bénéfices espérés/coûts escomptés (Dardot, Laval, 2014). Dans le même temps, il ne calcule pas sa conduite en fonction d'un but connu ex ante - ce qu'il ne peut faire compte tenu de l'incertitude - mais, en acteur intelligent, il construit un cheminement où, à chaque étape, il raisonne en rapprochant ses objectifs de ses moyens en fonction de son environnement qui inclut les normes sociales, les règles écrites et non écrites l'informant sur le comportement des individus, ce qui s'inscrit dans le concept de rationalité procédurale de Simon (1992).

Toutefois, pour amener un acteur à s'impliquer dans une gouvernance collective R. H. Bates (1988) identifie au moins deux problèmes pour la mise en place des institutions et leur mode de gouvernance. A partir des jeux d'assurance, il met en évidence une préférence des acteurs pour la création d'institutions, mais il identifie qu'elles soumettent à un dilemme leurs participants. Ces types de jeux donnent globalement des résultats plus avantageux et permettent de dégager des équilibres globalement satisfaisants. Mais les participants constatent que les bénéfices résultant de ces équilibres ne sont pas toujours partagés de façon équitable. Acteur rationnel, ils sont donc incités individuellement à rechercher un ensemble de règles leur fournissant un résultat plus avantageux. Il pourrait donc apparaître un désaccord important entre les acteurs sur les choix de l'institution et de sa gouvernance : R. H. Bates (1988) définit là un « dilemme collectif ». Il pousse ensuite son analyse en constatant que, même si tous les acteurs étaient certains de recevoir un bénéfice exactement similaire pour chacun d'entre eux, ils resteraient confrontés à un dilemme de second ordre. En effet, en tant qu'acteurs rationnels et impliqués dans la gouvernance d'une action collective institutionnalisée, ils vont chercher à obtenir ces bénéfices en minimisant, voire en évitant toute contrepartie de leur part. Ils sont donc confrontés, là encore, à un dilemme pour lequel R. H. Bates ne voit pas de moyens, pour un groupe de personnes impliqués dans un problème commun, de sortir de cette situation de double dilemme. Pourtant, ses observations empiriques lui montrent qu'il existe bel et bien des individus qui sont capables de résoudre concrètement ce double dilemme. Il trouve aussi dans les travaux de Kreps et al. (1982), sur le jeu du dilemme du prisonnier répété sur un nombre de périodes finies, des résultats qui conduisent un joueur à s'engager dans un

comportement coopératif dans l'espoir d'obtenir en retour un comportement identique des autres joueurs. R. H. Bates en conclut qu'il est nécessaire d'établir un climat de confiance et de définir un sens de la communauté (Ostrom, p. 58-59) pour mettre en place de nouvelles formes de gouvernance.

En revenant au monde de la santé, le programme de recherche TCS cherche à privilégier des dispositifs de terrain permettant aux acteurs du soin de mettre en œuvre une organisation spécifique à leur situation. Il cherche en cela à dépasser les ambiguïtés entre la régulation interne et externe des réseaux de santé décrites par A. Buttard (2008, p. 92 et suivantes). Selon A. Buttard, les acteurs du réseau sont en effet amenés à co-construire des règles d'action et des représentations nouvelles. L'option est clairement décentralisée, elle ouvre la voie à des méthodes inductives, où les dispositifs de recherche mis en œuvre devront permettre d'établir, d'entretenir et de pérenniser la confiance des établissements, des acteurs et des bénéficiaires du système de santé. Ainsi, le programme TCS souhaite permettre l'émergence de nouvelles formes de gouvernance en recourant à une méthodologie générale de recherche-action.

Nous nous rattachons assez naturellement à l'article de Jacques Girin (1990, p. 142) consacré à des études faites sur les pratiques « en situation naturelle », situations, par nature, ouvertes, car influencées par le processus de recherche, et pour lesquelles il propose un dispositif de recherche adapté. Si nous nous inspirons au départ de la démarche de « l'action research » développée initialement en psychologie sociale, afin de savoir et de comprendre le fonctionnement du système étudié, nous entendons assumer une position plus interventionniste pouvant conduire à la construction d'artefacts ou l'émergence d'acteurs nouveaux, et par voie de conséquence, de connaissances nouvelles (David, 2004, p. 194-195 et p. 201) par une interaction étroite, régulière et soutenue avec les acteurs. Pour ce faire, nous prenons appui sur les travaux de F. Allard-Poési et G. Maréchal (2014, p. 65), « le choix d'une démarche de recherche-action implique nécessairement d'ancrer l'objet de recherche dans un problème concret ». Elles poursuivent en précisant (Allard-Poési, Maréchal, 2014, p. 66) : « l'objet procède alors d'une construction avec les acteurs de terrain. L'articulation des préoccupations théoriques/pratiques pose cependant de nombreux problèmes qui peuvent être difficiles à surmonter (...) ». I. Royer et P. Zarlowski (2014, p. 177) dans leur tableau dressent un portrait type de la démarche : l'objectif poursuivi est de transformer la réalité et de produire des connaissances à partir de cette transformation. La conception et la définition de l'intervention se fait généralement avec le(s) commanditaire(s), il y a un processus programmé de collecte de données sur le changement et sur son contexte. Cette démarche pourrait s'inspirer des processus décrits dans l'article de Pernelle Smiths, Johanne Préval et Jean-Louis Denis (2015) sur la mise en place des Politiques publiques favorables à la santé (PPFS) au Québec (Canada) se déploie

en deux volets : administratif et scientifique. Le volet administratif repose sur un réseau de répondants ministériel et sur la production et la diffusion d'outils, alors que le volet scientifique couvre le développement et le transfert des connaissances sur les PPFS et les partenaires scientifiques participent ainsi à la mise en œuvre de cette stratégie. Le programme TCS a d'ailleurs l'ambition d'associer l'ensemble des parties prenantes, tant du côté des professionnels de santé (médecins libéraux, médecins salariés et autres professionnels de la santé), des établissements (hôpitaux, cliniques, et autres acteurs du maillage territorial) que des régulateurs (aux niveaux central et régional) et des patients. L'objectif est d'impliquer chaque partie prenante, aux intérêts parfois antagonistes, dans le cycle de soins sociaux et de santé développé grâce à un processus de co-construction.

Si le dispositif méthodologique peut permettre la mise en place de nouvelles formes de gouvernance, il restera à travailler la question de la crédibilité des engagements pour les différents secteurs impliqués dans la situation de gouvernance.

LA CREDIBILITE DES ENGAGEMENTS PAR LE CO-ENGAGEMENT SUR LA VALEUR

Même en imaginant que tous les problèmes de mise en place aient été résolus, les règles de gouvernance vont devoir faire face à la pérennisation du dispositif. Il s'agit de comprendre comment chacune des parties prenantes va pouvoir tirer des bénéfices sur le long terme. Les théoriciens de l'action collective utilisent le concept « d'engagement » pour expliquer pourquoi des acteurs acceptent de se conformer aux règles qu'ils ont collectivement élaborées. Si tout le dispositif de gouvernance est correctement conçu, et qu'il est respecté par les acteurs, les ressources reçues par chacun seront plus prévisibles, les conflits pourront être réduits et la ressource pourra être maintenue dans le temps. Toutefois, un acteur n'est pas préservé d'événements qu'il n'aurait pas pris initialement en compte dans son raisonnement et qui remettraient en cause de façon importante le niveau de bénéfices retirés de la ressource exploitée. Dans ce cas, il va être fortement tenté de transgresser les règles initialement acceptées, de façon à pouvoir s'assurer le niveau de bénéfices attendus par lui. E. Ostrom (2010) donne l'exemple d'un agriculteur partageant une ressource en eau, qui serait confronté à une sécheresse exceptionnelle de sa parcelle le conduisant à envisager un sur-prélèvement d'eau pour s'assurer un niveau de production agricole satisfaisant de sa parcelle. Ces situations questionnant l'engagement de l'acteur dans le respect des règles est généralement traité par le recours à une sanction infligée au contrevenant par une autorité extérieure, tel que l'État, par exemple.

Mais les théoriciens oublient de se poser la question, ou d'expliquer pourquoi, l'autorité extérieure aurait l'intérêt, tout d'abord à identifier les contrevenants et ensuite à les sanctionner. Or, dans ce

mode original de gouvernance, le groupe des acteurs auto-organisés doit résoudre la question de l'engagement de ses membres sans autorité externe (2010, p. 59-61). Les éléments apportés par E. Ostrom, dans les situations de gouvernance des « commons », dégagent deux caractéristiques. Premièrement, tous les acteurs impliqués dans la même situation doivent prendre des engagements similaires, et deuxièmement, les bénéfices nets espérés sur le long terme découlant de la mise en œuvre de cette gouvernance collective doivent être supérieurs aux bénéfices escomptés par les individus pour des stratégies de court terme (2010, p. 223).

Dans le programme TCS, l'engagement des acteurs se fait à travers la notion de « cycle de soins sociaux et de santé ». Plutôt que de considérer chaque intervenant de façon disjointe dans le service qu'il apporte au patient, la stratégie d'auto-organisation et d'auto-gouvernance sera centrée sur l'intégration des différents maillons de la chaîne de soins, regroupant aussi bien des intervenants individuels que les établissements, le long d'une problématique de santé subie par une population de patients. Ce mot de « cycle » fait référence aux travaux de M. Porter et E. Olmsted Teisberg (2006, p. 167 et suivantes) qui souhaitent élargir la définition de la prestation au patient pour créer réellement de la valeur pour ce dernier. Cette approche globale porteuse d'un objectif commun est aussi convoquée par M. Barry et al. (2014) dans le cas des partenariats multipartites en matière de santé. Ils observent qu'au-delà des discours présidant au lancement des partenariats, il manque des objectifs clairs et des motivations déterminées, comme dans le cas de la lutte contre la malaria. Il s'agirait alors de soutenir l'engagement de chacun à travers un processus de contrôle non cybernétique (Chiapello, 1996) fondé sur un diagnostic partagé des parties prenantes impliquées et utilisant la négociation (Angélé-Halgand, Garrot, 2014, p. 34 et 36). Au niveau du programme TCS, il s'agira d'aider les acteurs à collecter les informations nécessaires pour composer le bon couple valeur - coût, la pérennité du cycle et l'engagement des parties étant assis sur ce couple. Bien évidemment la « valeur » dont il s'agit ici, est de nature sociale, c'est-à-dire une « réponse aux besoins d'un client ou d'un groupe social », et pas uniquement financière. Cette valeur est éminemment subjective, puisqu'elle dépend du jugement des clients du cycle ou d'arbitrages rendus au niveau des institutions politiques. Or, aujourd'hui, la définition d'un pacte sanitaire et social est tout à fait nécessaire pour chacun des territoires et des outils nouveaux existant. A. Roussot et al. (2012) cartographient les trajectoires spatiales des patients atteints du cancer du poumon en Bourgogne. Ils observent de nombreux parcours en marge des découpages institutionnels et sanitaires. Ils voient apparaître des liens avec des régions différentes, comme avec les territoires franciliens et lyonnais, dans le cas de la Bourgogne. Ils plaident enfin dans leur conclusion pour « une bonne connaissance de la localisation de l'offre sanitaire fréquentée, des volumes de patientèle et des distances parcourues par les malades (...) parce qu'on ne peut pas planifier sans la connaissance globale du fonctionnement d'un territoire et de ses dynamiques » (Roussot et al.,

2014, p. 109), et nous ajoutons des acteurs impliqués sur le terrain. Ainsi donc, le politique peut mettre en œuvre des outils pour la définition avec les parties prenantes, de pactes sanitaires et sociaux de territoire.

Évidemment, les voies et les moyens pour améliorer la valeur seront eux-mêmes subjectifs et feront l'objet de négociation. Il sera aussi nécessaire de soutenir le pilotage, c'est-à-dire de permettre la mise en œuvre d'un certain nombre de décisions. Cette construction sera évidemment complexe car elle met en œuvre un grand nombre d'informations et d'acteurs ; par ailleurs, il est concrètement impossible, dans de nombreux cas, de lier les actions opérationnelles réalisées à un instant *t* au couple coût-valeur constaté plus tard sur le marché (Lorino, 2003, p. 4-8). Pourtant, un pilotage de l'action collective doit inclure un outil regroupant tous les aspects déterminant la valeur « sociale » (coût, qualité, délai, sécurité, accès), afin de permettre l'engagement des acteurs sur le long terme. D'un point de vue juridique cela pourrait conduire à l'utilisation plus fréquente dans la santé et le social des sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC). Leur mode d'organisation et de fonctionnement repose sur les principes de solidarité et de démocratie. Toute personne physique ou morale peut prendre part au capital et participer à la gestion coopérative selon le principe : chaque associé dispose d'une voix et d'une seule dans l'assemblée générale. L'engagement des acteurs sur le long terme sera nécessaire, mais pas suffisant, car il restera à aborder la question de la surveillance mutuelle.

LA SURVEILLANCE MUTUELLE PAR LA PRATIQUE PARTAGEE

Cette question de la surveillance mutuelle peut être considérée comme simple. Parmi les théoriciens de l'action collective Olson (2002) montre qu'un acteur n'a aucun intérêt à s'impliquer dans la surveillance des comportements des autres et à les sanctionner. Il serait le seul à s'impliquer dans la surveillance et l'application des sanctions, supportant seul les coûts associés à cette démarche, et il se verrait naturellement contraint à en partager les bénéfices avec l'ensemble des parties concernées par la situation collective. Un troisième dilemme est ici identifié. Il remet complètement en question les premiers équilibres car « (...) dans une tentative de résolution des problèmes d'action collective par l'élaboration de nouvelles institutions en vue de modifier la structure des incitations auxquelles ils font face. Sans surveillance, il ne peut il y avoir d'engagement crédible ; sans engagement crédible, il n'y a aucune raison de proposer de nouvelles règles » (Ostrom, 2010, p. 62). Mais là encore, les observations empiriques contredisent les analyses théoriques.

Dans la situation particulière de gouvernance des « commons », E. Ostrom (2010, p. 223 et suivantes) montre que les individus adoptent des stratégies conditionnelles du type « je le fais si tu le fais aussi » quand au moins cinq principes de conception sont respectés. La définition d'un nombre limité d'« exploiters » de la ressource (i) accompagnée de la description des

caractéristiques constitutives de la ressource et des « exploiters » (ii) pour lesquels les acteurs locaux eux-mêmes ont participé activement à l'élaboration (iii) et pour lesquels ils surveillent ou reçoivent des comptes sur l'application des règles (iv) et qui donnent lieu à des sanctions graduelles en cas de non-respect (v). Ces cinq principes permettent de favoriser l'auto-engagement des parties dans des stratégies conditionnelles. Cet engagement est notamment expliqué par un mécanisme d'ajustement du taux de conformité aux règles, perçu par l'individu, qui lui permet de réviser ses décisions futures. S'engage alors un processus vertueux où les stratégies conditionnelles renforcent le besoin de surveillance, laquelle surveillance, renforce l'adoption de stratégies conditionnelles. L'implication des individus dans cette surveillance mutuelle s'explique par de multiples facteurs qui vont progressivement s'auto-renforcer et être le fruit d'un processus d'apprentissage incrémentiel et auto-transformant. Nous retrouvons ici dans un contexte différent l'idée d'E. Morin (2005, p. 53) de système auto-éco-organisateur qui, d'expériences maîtrisées de taille modestes en expériences maîtrisées, va réussir, par le phénomène d'apprentissage, à résoudre des problèmes de plus en plus complexes. En écho dans leur article Christèle Marchand, Jean-Robert Alcaras, Guillaume Marrel, et Magali Nonjon (2014, p. 353) montrent que « les acteurs s'approprient des nouvelles notions et de nouveaux outils, et les adaptent aux spécificités du contexte dans lequel ils agissent. Ils produisent donc eux-mêmes, de manière endogène, des formes de management qui leur sont propres et qui leur conviennent. Rien n'interdit donc de supposer que ces formes puissent très bien servir les stratégies des acteurs publics en fonction de leurs objectifs et des secteurs dans lesquels ils interviennent et que les changements en cours ne sont donc pas que des contraintes »

S'il apparaît prématuré dans le programme TCS d'envisager des mécanismes de contrôle permettant d'encourager la surveillance mutuelle et les stratégies conditionnelles, compte tenu de la volonté farouche de faire toute sa place à la co-construction avec les acteurs, il est néanmoins possible de tracer certaines lignes directrices pour un mode de gouvernance renouvelé. Dans le prolongement du pilotage du couple coût-valeur développé au point précédent, des approfondissements pourront être mobilisés dans les travaux de R. Kaplan et M. Porter (2011) sur le pilotage le long du cycle de soins. De la même manière, les travaux de A. Caglio et A. Ditillo (2008) font une synthèse des moyens de contrôle transversaux, inter-organisationnels, assumant la coopération, la coordination et proposant des solutions basées sur la confiance. Cela conduira très certainement à reconsidérer le rôle des institutions actuellement en charge de la gouvernance du système de santé.

La proposition développée dans le programme TCS enracine la gouvernance au plus près des acteurs de terrain et donnerait un rôle de protecteur, d'accompagnateur, parfois même d'initiateur aux autorités régionales et nationales qui sont malheureusement habituellement beaucoup plus impliquées dans des phénomènes de gouvernance centralisatrice, planificatrice ou de gouvernance

par le marché. Un dénominateur commun et concret devrait être identifié, servant de base à la surveillance mutuelle le long d'un cycle de soins. Il s'agirait, à notre sens, de la pratique ou de l'activité élémentaire mise en œuvre par chacun des acteurs impliqués dans la gouvernance d'un cycle de soins. Ce dénominateur commun pourrait prendre la forme d'une représentation schématique négociée et dynamique, par exemple processuelle ou systémique, présentant l'intervention de chacun des acteurs et rappelant les règles d'organisation de l'ensemble. En reprenant la démarche conceptuelle de P. Lorino (2003) à propos du pilotage, tous les éléments sont présents pour élaborer les moyens d'une surveillance mutuelle soutenant des actions collectives auto-organisées et autogouvernées autour d'un cycle de soins. Le pilotage est concerné par le couple coût-valeur qui est éminemment subjectif. Ce pilotage passe par la traduction du couple coût-valeur en des objectifs stratégiques pour un cycle qui constitue ainsi un ensemble de règles pratiques et concrètes pour agir. Un lien direct entre la stratégie et les opérations réalisées sur le terrain est ainsi constitué. Le flux continu des actions du terrain doit permettre d'enrichir les réflexions stratégiques, de les infléchir, voire de les bouleverser... Il y a un devoir de vigilance, de capitalisation de l'expérience acquise par les acteurs de terrain, pour ceux qui sont concernés par la définition de la stratégie. Le pilotage passe par un double mouvement complémentaire : le « déploiement » de la stratégie vers les actions, et le « retour d'expérience » des opérations vers la stratégie. L'idée est alors d'élaborer des outils, des techniques, centrés sur le savoir-faire, les compétences, l'expérience, afin de pouvoir développer un apprentissage collectif favorisant l'action aussi bien individuelle que collective (Roussot et al, 2012, p. 96-109). Le processus d'apprentissage incrémentiel et auto-transformant d'E. Ostrom (6) ou le système auto-éco-organisateur d'E. Morin (26) auront-ils les moyens dans les modes prescrits de mobilisation des acteurs actuellement testés, ou sera-t-il nécessaire d'élaborer des formes d'organisation véritablement à l'initiative des acteurs de terrain ?

CONCLUSION

Cet article utilise une grille de lecture des phénomènes de gouvernance des actions collectives empruntée à l'économie politique et en particulier aux travaux d'E. Ostrom sur les biens communs ou « commons ». Prenant appui sur l'existence de plusieurs travaux sur les réseaux de santé promouvant l'idée de coopération entre les acteurs, il donne un cadre d'analyse synthétique et fait des propositions théoriques argumentées pour faire face aux différents dilemmes se présentant aux acteurs. Des propositions élaborées dans le cadre du programme TCS, ressort principalement la nécessité d'accompagner une évolution importante du rôle des tutelles qui tiendrait moins de la maîtrise d'œuvre que de la maîtrise d'ouvrage. En d'autres termes, l'Etat et ses services devraient consacrer plus d'efforts à définir des politiques (à travers des pactes sanitaires et sociaux), à

mobiliser les énergies des acteurs en leur rendant leur capacité d'initiative qu'à contrôler, planifier et contenir un système de santé qui a besoin de réformes en profondeur.

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD-POESI F., MARECHAL G. (2014) Construction de l'objet de la recherche, chapitre 2. Dans Thietart R.-A. Méthode de recherche en management, 4ème édition. Paris : Dunod , p. 14-46.

ANGELE-HALGAND N., GARROT T. (2014) Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins », Comptabilité, Contrôle, Audit , 20/3, p.15-41.

ANGELE-HALGAND N., GARROT, T. (2015) « Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification », Entreprises & Histoire, 2015/2, n°79, p. 41-58.

BARRY M., BRUNO B., SANNI Y. (2014) « Les partenariats multipartites pour l'aide à la santé: fondements et ambiguïtés », Journal de gestion et d'économie médicales, 32.4 , p. 308-326.

BATES R. H. (1988) « Contra Contractarianism: Some Reflections on the New Institutionalism », Politics & Society, 16, p. 387-401.

BAUMOL W.J. et al., (1985). « Unbalanced Growth Revisited: Asymptotic Stagnancy and New Evidence », American Economic Review, Septembre, p. 806-817

BRECHAT P. H., BONAL C., GUEVEL M. R. et al. (2013) « La planification régionale de la santé : technicisation ou politique de santé ? Regards croisés de deux générations », Journal de gestion et d'économie médicales, 7 /31, p. 405 – 428.

BUTTARD A. (2008). « L'évaluation du réseau en santé. Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques », Politiques et management public, 26(4), p. 87-110.

CAGLIO A., DITILLO, A. (2008) « A review and discussion of management control in inter-firm relationships: Achievements and future directions », Accounting, Organizations and Society, 33, p. 865-898.

CHANTEAU J.-P. ET A. LABROUSSE (2013) « L'institutionnalisme méthodologique d'Elinor Ostrom: Quelques enjeux et controverses », Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs.

CHIAPELLO E. (1996) « Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingence: un essai d'organisation de la littérature », Comptabilité-Contrôle-Audit , 2 , p. 51-74.

DARDOT P., LAVAL C. (2014) Commun: essai sur la révolution au XXIe siècle. La Découverte.

DARDOT P., LAVAL C. (2010) « Du public au commun », Revue du MAUSS, 2010/1, 35, p. 111-122.

DAVID A. (2004) « La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ? »
 Dans : David A., Hatchuel A., Laufer R. Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Paris :
 Collection FNEGE, Vuibert, p. 193-213.

DESMARAIS C. ET C. E. GAMASSOU (2012). « La motivation de service public à l'aune du
 service public «à la française» », Politiques et management public, 29(3), p. 393-411.

GIRIN J. (1990) « L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de
 méthode », Chapitre 4. Dans Martinet A.-C. Epistémologies et Sciences de Gestion. Collection
 Gestion avec le concours de la FNEGE et du CEFAG. Paris : Edition Economica, p. 141-182.

JEAN-ROBERT ALCARAS, GUILLAUME MARREL, MAGALI NONJON et al. (2014). «
 Quand les directeurs des services sociaux départementaux se saisissent du management: Des
 représentations et des pratiques singulières et équivoques », Revue Politiques et Management
 Public, 31(3), p. 337-356.

KAPLAN R. S., PORTER M. E. (2011) « The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health
 Careby », Harvard Business Review, 09/2011, p. 1-18.

KREPS D. M., MILGROM P., ROBERTS J. et al. (1982) « Rational cooperation in the finitely
 repeated prisoners' dilemma », Journal of Economic Theory, 27/2, p. 245–252.

LE DUFF ROBERT ET GERALD ORANGE (2012), « Les biens collectifs victimes de la maladie
 des coûts de Baumol ? », Revue Politiques et Management Public, 29/3 Juillet-Septembre 2012, p.
 451-472.

LORINO P. (2003) « Méthodes et pratiques de la performance », 3ème édition. Paris : Editions
 d'Organisation.

MCGINNIS M. D. (2013). « Caring for the health commons: What it is and who's responsible for it
 » Available at SSRN 2221413.

MICHEL H. ET A. JOURDAIN (2011) « Les modes de régulation du système hospitalier:
 L'exemple de la mise en œuvre des sros iii », Politiques et management public, 28(3), p. 279-309.

MORIN E. (2005) Introduction à la pensée complexe, Paris : Editions du Seuil.

OLSON M. (2002) « The logic of collective action », Public goods and the theory of groups, 2.

OSTROM E. (2010) Gouvernance des biens communs : pour une nouvelle approche des ressources
 naturelles, Bruxelles : De Boeck DL.

OSTROM E. (1990) Governing the commons – The evolution of institutions for collective action.
 Cambridge University Press.

SMITS P., PRÉVAL J., DENIS J-L. (2015) « Construire sur les dix années passées, les dix ans à venir : apprendre de la communication dans le cas des politiques publiques favorables à la santé au Québec, Canada », *Politiques et management public*, 32(1), p. 79-95

PORTER M., TEISBERG E. O. (2006) *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.

ROUSSOT A., COMBIER E., NUEMI G. (2012) « Analyse spatiale des trajectoires de prise en charge des patients atteints de cancer primitif du poumon en région Bourgogne », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2/30, p. 96 – 109.

ROYER I., ZARLOWSKI P. (2014) *Le design de la recherche*. Chapitre 6. Dans Thietart R.-A. *Méthode de recherche en management*. 4ème édition. Paris : Dunod , p. 168-196.

SIMON H. A. (1992) « De la rationalité substantive à la rationalité procédurale » *Revue Pistes* 3.

Conclusion générale

Cette conclusion a pour objet de présenter une synthèse des résultats obtenus dans cette thèse. À partir de cette synthèse nous mettons en relief les apports et limites de la recherche à la fois afin de répondre aux exigences de la thèse russe et de la thèse française. Enfin, nous développons les perspectives de recherches futures.

SYNTHESE DE LA RECHERCHE

Dans l'introduction générale nous avons souligné des objectifs de notre thèse.

Dans un premier temps, nous faisons une étude des réformes du système de santé en France et leurs impacts (le **Chapitre 1**). Dans ce travail, nous réalisons une analyse complète des réformes organisationnelles, financière, qualitative et incitative menées dans le domaine de la santé en France depuis les années 1990 jusqu'à nos jours ainsi qu'une étude des possibilités de transposition de l'expérience française au système de santé russe.

Après avoir étudié les réformes mises en place et leurs résultats, nous avons relevé les mécanismes efficaces et non-efficaces des réformes du système de santé français pour le système russe. Parmi les mécanismes efficaces, nous avons retenu en particulier : le principe de partage des tâches entre le système d'assurance maladie obligatoire (qui prend en charge des maladies graves et chroniques) et complémentaire (la couverture des "petits risques") ; le remboursement quasi complet des médicaments ; la mise en place des mécanismes de l'intégration sans créer de nouvelles instances afin de potentialiser la capacité d'action des acteurs déjà présents dans le paysage institutionnel en évitant les redondances.

Parmi les instruments non-efficaces nous avons retenu : le « ticket modérateur » et le financement des établissements hospitaliers uniquement par la Tarification à l'activité (T2A), ce qui pourrait amener à la commercialisation du secteur et à la baisse de la qualité.

Dans un deuxième temps, afin de répondre aux usages d'une thèse française en sciences de gestion, nous avons complété notre thèse par deux articles qui portent sur l'analyse comparative de la régionalisation des systèmes de santé français et russes (**le Chapitre 2**) et sur la mise en place d'une nouvelle gouvernance de la santé inspirée par la théorie des biens communs d'Elinor Ostrom (**le Chapitre 3**).

À travers des regards croisés, notre article sur l'analyse comparative de la régionalisation de santé en Russie et en France, ouvre des perspectives de dépassement des limites ou insuffisances actuellement constatées ou émergentes dans chacun des systèmes de santé. En présentant en parallèle les situations nationales, les particularités nous identifions aussi des problèmes communs peuvent être vus avec plus de recul moins ancrés dans la fatalité d'un contexte national. Même si les situations des deux états peuvent être considérées comme peu comparables, cette communication

montre qu'elles ont choisi des modes de régulation qui ne sont pas si différents que cela, au cours de leur histoire. Tout d'abord de nature étatique, la régulation actuellement connue, appartient plus au mouvement international du Nouveau Management Public qui instille des mécanismes de marché au sein des services ou des collectivités publiques. Si les mécanismes de marché promettent une meilleure efficience des producteurs de soins accompagnée d'une amélioration de la qualité des prestations, des questions de coopération entre les acteurs apparaissent naturellement quand chacun réalise que, c'est le patient ou la population qu'il constitue avec ses concitoyens, qui est sur la question de sa santé l'objet du marché. Cela nous amène naturellement à envisager les apports que pourraient avoir à cette problématique complexe, les travaux sur les formes hybrides d'organisation et en particulier, ceux d'Elinor Ostrom sur les biens communs qui expliquent les modes d'institutionnalisation de relations entre des individus partageant un même territoire et une même ressource naturelle ou fabriquée des mains de l'homme. Cette perspective ouvre plusieurs champs d'investigation, tant en France qu'en Russie, pour identifier comment ces phénomènes pourraient être favorisés et s'ils pouvaient apporter des effets positifs au système de santé russe et français.

Nous utilisons la même grille de lecture des phénomènes de gouvernance des actions collectives empruntée à l'économie politique et en particulier aux travaux d'E. Ostrom sur les biens communs afin de présenter le programme « Tarification au Cycle de Soins sociaux et de santé » (TCS), qui a pour ambition d'associer l'ensemble des parties prenantes, tant du côté des professionnels de santé (médecins libéraux, médecins salariés et autres professionnels de la santé), des établissements (hôpitaux, cliniques, et autres acteurs du maillage territorial) que des régulateurs (aux niveaux central et régional) et des patients. L'objectif est d'impliquer chaque partie prenante, aux intérêts parfois antagonistes, dans le cycle de soins sociaux et de santé développé grâce à un processus de co-construction.

Prenant appui sur l'existence de plusieurs travaux sur les réseaux de santé promouvant l'idée de coopération entre les acteurs, il donne un cadre d'analyse synthétique et fait des propositions théoriques argumentées pour faire face aux différents dilemmes se présentant aux acteurs. Des propositions élaborées dans le cadre du programme TCS, ressort principalement la nécessité d'accompagner une évolution importante du rôle des tutelles qui tiendrait moins de la maîtrise d'œuvre que de la maîtrise d'ouvrage. En d'autres termes, l'Etat et ses services devraient consacrer plus d'efforts à définir des politiques (à travers des pactes sanitaires et sociaux), à mobiliser les énergies des acteurs en leur rendant leur capacité d'initiative qu'à contrôler, planifier et contenir un système de santé qui a besoin de réformes en profondeur.

Dans un troisième temps, nous réalisons une études empirique afin de vérifier nos apports théoriques et afin de répondre à la problématique générale de notre thèse. Notre étude de terrain

est liée au dispositif MAIA, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, sur le territoire de Nice, de Grasse et d'Antibes qui a pour objectif de développer un processus « d'intégration » : renforcer l'articulation des intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur un territoire donné. Les résultats principaux de cette étude vont être présentés dans la partie suivante.

APPORTS ET RESULTATS DE LA RECHERCHE

Au niveau théorique, nous avons deux principaux apports à la littérature sur l'organisation et le financement des systèmes de santé et un principal apport à la littérature sur l'organisation et la régulation des activités des acteurs dans le secteur de santé.

Le premier apport sur l'organisation et le financement des systèmes de santé réside dans l'analyse de la revue de littérature assez large, y compris des travaux sur les problématiques du secteur public et du système de santé comme la partie de ce secteur (D. Stiglitz, K. Arrow, T. Getzen, D. Saltzman, S. Thompson, T. Foubister, E. Mossialos etc.) ; des questions de la concurrence efficace dans le domaine de santé soulevées dans les travaux de W. Hsiao, T. Rice, D. Dranove, M. Satterthwaite, M. Gaynor etc ; et des différentes approches des réformes des systèmes de santé qui sont étudiés dans les recherches de A. Enthoven, M. Porter et E. Teisberg, J. Kutzin, W.P. Van de Ven etc. L'importance du modèle des soins intégrés et des réseaux des soins est mise en exergue dans les travaux de D. Somme, H. Trouvé, A. Buttard, C. Grenier, G. Naro, N. Angelé-Halgand, I. Georgescu, T. Garrot etc.

Du premier apport découle le second. Ainsi, nous justifions la mobilisation des fondements théoriques aux multiples influences : en économie, en gouvernance des organisations, en sciences de gestion et en performance des systèmes de santé. Le choix de notre cadre théorique, emprunté initialement aux sciences politiques et à l'économie politique nous permet d'avoir une vision globale des problèmes concernant la mise en place de la coordination, de l'intégration et de la concertation des acteurs de la santé afin d'améliorer la qualité, la sécurité et l'accès aux services en maîtrisant les coûts.

Au niveau empirique, nous avons indentifié la problématique générale de la partie française de la thèse avec la mise en relief de deux sous-questions de la recherche :

Comment au niveau régional organiser et réguler les activités des acteurs ?

1. En quoi les MAIA changent la gouvernance existante sur le territoire ?
2. En quoi les MAIA réussissent ou pas à répondre aux attentes de la gouvernance ?

Afin de répondre à ces questions, le dispositif MAIA va être présenté en reprenant les mêmes questions mises en relief dans notre cadre théorique relatif à la mise en place de la gouvernance, à l'engagement crédible des acteurs et enfin à la surveillance mutuelle par la pratique partagée.

La mise en place de la gouvernance :

Les dispositifs MAIA visent à créer un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour toutes les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quelle que soit la nature de leurs besoins (Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer). Initialement présentées comme des « maisons » dans la mesure 4 du plan national Alzheimer 2008-2012⁷, les MAIA développent un processus « d'intégration », dont l'objectif consiste à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne âgée et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de prise en charge dans les interventions auprès des patients et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

L'intégration se construit selon 6 axes qui visent à relier les champs sanitaire, social, médico-social, quel que soit le statut des structures ou des intervenants public, privé, institutionnel, libéral. Ce sont trois mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas. Ils sont complétés par trois outils permettant d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes en s'assurant que l'ensemble des besoins est couvert. Ils sont matérialisés par le formulaire d'analyse multidimensionnelle, l'outil d'évaluation multidimensionnelle et le plan de service individualisé, tout cela étant regroupé dans des systèmes d'informations partagés.

Chaque année, l'ARS lance un appel à candidatures (avec l'appui technique et méthodologique de la CNSA et en coopération avec le conseil général) pour mettre en place la méthode MAIA sur un ou plusieurs nouveaux territoires infra départementaux. Elle sélectionne le « porteur » de projet chargé de son déploiement. La légitimité de ce porteur, s'appuie sur les fonctions d'accueil, d'orientation et de coordination qu'elle exerce déjà. Ce porteur n'est pas une institution prédéfinie, mais il s'agit nécessairement d'une structure ou d'un organisme à but non lucratif, légitime sur le territoire par sa capacité à mobiliser les acteurs locaux. Il peut s'agir des services du conseil général, d'un centre local d'information et de coordination (CLIC), d'un réseau de santé, d'un

⁷ La mesure n° 4 du plan Alzheimer est suivie par un comité national de suivi de la mesure 4 composé de nombreux partenaires : Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Mission nationale de pilotage du plan Alzheimer, Assemblée des départements de France (ADF), Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), Association France Alzheimer, représentants des professionnels de santé libéraux, Fondation Médéric Alzheimer et CNSA.

établissement de santé, etc. L'ARS, en lien avec le conseil général, formalise la création d'un dispositif MAIA à travers la signature d'une convention avec le porteur.

Les porteurs d'un dispositif MAIA doivent recruter, en lien avec l'ARS, le « pilote » MAIA. Le pilote est le garant de la mise en œuvre de la méthode MAIA au niveau local. Selon le cahier pédagogique de la CNSA, le pilote MAIA établit un diagnostic organisationnel approfondi d'identification des ressources, de connaissance des acteurs et des interventions du territoire, qui est préalable à l'intégration des services d'aide et de soins. Il impulse l'intégration des guichets d'accueil et d'orientation en associant tous les opérateurs identifiés, et il organise et anime les instances de concertation tactique et stratégique en lien avec l'ARS et le conseil général. Enfin, il est la courroie de transmission entre les différents mécanismes de l'intégration : instances de concertation, guichet intégré et gestion de cas. Le porteur du dispositif MAIA doit aussi faire état d'un partenariat formalisé au minimum par un courrier d'engagement des acteurs sanitaires (réseaux de santé, établissements de santé, ...), médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, accueils temporaires, CLIC, ...) et sociaux (services sociaux et équipes APA du Conseil général), ou formalisé en groupement (GCSMS ou GCS).

Ainsi, il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances, mais de potentialiser les acteurs déjà présents dans le paysage institutionnel en évitant les redondances. Les MAIA se développent sur un territoire défini et compatible avec le Projet régional de santé (PRS) et ses composantes, en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Les territoires des MAIA respectent les contours des territoires de santé, définis par les ARS, afin d'assurer la cohérence des actions de proximité. La taille du territoire MAIA, qui peut différer de celui initialement choisi, est un territoire de proximité de taille infra-départementale. Néanmoins, le territoire MAIA sera arrêté au cours du processus d'intégration. Il dépend de plusieurs critères, notamment la territorialité du porteur, l'état des partenariats au démarrage du processus, les territoires existants, la densité de population âgée, les professionnels à mobiliser pour le guichet intégré MAIA etc. Ainsi, les MAIA nécessitent de nouvelles modalités d'organisation des professionnels sur un territoire.

Les dispositifs MAIA ne se superposent pas aux structures de coordination déjà existantes ; elles s'appuient sur ces structures, afin de les faire évoluer vers un mode d'organisation dit « intégré ».

La question de la crédibilité des engagements des partenaires

Dans le dispositif MAIA, l'engagement des acteurs se fait à travers la notion d'intégration, qui repose sur le principe de coordination et conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, à élaborer les outils collaboratifs, et à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. La mise en œuvre de l'intégration repose sur trois mécanismes interdépendants, animés par le pilote de MAIA : **la concertation** qui permet de décroiser les différents secteurs et

de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins ; **le guichet intégré** qui comprend l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire ; et, finalement, **la gestion de cas** pour les personnes âgées en situation complexe, qui consiste à mettre en œuvre un gestionnaire de cas (2 ou 3 pour chaque MAIA), qui est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et qui devient le référent des situations complexes. Ce faisant, les acteurs contribuent à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire.

En même temps, pour formaliser l'engagement des partenaires, il existe des différents types de lettres d'engagement ainsi que des conventions (CIRCULAIRE N° DGCS/DGOS/CNSA/2014/09 du 15 janvier 2014 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2014) que les partenaires doivent présenter à l'ARS pour répondre à l'appel à candidature, ainsi que le processus de la labélisation des services qui font partie de MAIA.

Une fois que le dispositif MAIA sera mis en place et intégré, sa certification par un label qualité pourra être envisagée. Le processus d'obtention du label démarre dès que le pilote a été recruté. La première période de financement est de 18 mois et s'achève par la validation ou non par l'ARS de la poursuite du processus d'intégration (évaluation des données provenant du pilote et expertise sur site). Différents niveaux de décisions, inspirés de la certification hospitalière, peuvent être pris par l'ARS : non-validation, validation avec réserves ou validations avec recommandations. La deuxième période s'étend de 18 à 36 mois aboutissant à l'obtention du label qualité en mode certification. Après le processus, l'ensemble des partenaires obtient le label qualité MAIA.

Donc, cette nouvelle organisation permet de constater une meilleure gestion des demandes, en matière d'information, d'orientation et de prise en charge des personnes âgées, ce qui signifie une vraie valeur sociale. Les cas difficiles d'accompagnement et de suivi par les professionnels du territoire sont réduits par la mise en place de la gestion de cas ; l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation simplifiant les parcours de la population cible. La mise en place du dispositif MAIA permet aussi de mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en capitalisant sur leur richesse, prenant en compte l'ensemble des ressources au plus près des besoins du territoire et de corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations.

Pour le malade, la prise en charge devient optimale, globale et très complète, avec des interventions où le qualitatif l'emporte sur le quantitatif. L'évaluation multidimensionnelle (sanitaire et sociale) faite au démarrage de la gestion de cas, puis le suivi du dossier au long cours sont jugés pertinents.

Les acteurs de terrain louent aussi une réactivité meilleure pour mettre en œuvre les ajustements nécessaires, et un travail qui comprend une vraie prise en charge de l'entourage (Léon C. *et al.*, 2013). Ainsi, chaque partenaire est mieux informé et surtout bénéficie d'un appui en cas de problème à résoudre.

Surveillance mutuelle par la pratique partagée

La MAIA répond à plusieurs référentiels. Elle est à la fois la réponse à un appel à projet apportant des moyens financiers à la structure pivot et un réseau acteur bénéficiant d'une grande souplesse d'organisation et d'initiative. Ainsi dans ce dispositif apparaissent des modes de contrôle « formalisé » pour répondre aux attentes régionales, et formes de contrôle beaucoup plus émergentes fondées sur un contrôle par la pratique partagée au niveau local. Comme l'ARS est chargée du développement des dispositifs intégrés MAIA dans sa région, elle passe convention avec le porteur sélectionné à l'issue de la procédure d'appel à candidatures. Cette convention définit les engagements mutuels des parties et notamment le montant des financements alloués au porteur pour développer un dispositif MAIA, ainsi que les modalités de suivi du dispositif par l'ARS. Le porteur transmet annuellement un rapport d'activité à l'ARS qui comprend notamment les caractéristiques du territoire MAIA, ainsi que les indicateurs demandés par l'ARS. Ces données sont ensuite transmises par chaque ARS à l'équipe projet national.

A notre sens, le contrôle par la pratique partagée est représenté dans chaque mécanisme d'intégration du dispositif MAIA : la concertation, le guichet intégré, la gestion de cas, l'outil d'évaluation multidimensionnelle, le plan de services individualisé et le système d'information partagé. Ainsi, la concertation a pour objet l'élaboration d'espaces collaboratifs spécifiques entre les décideurs et financeurs au sein d'une table de concertation stratégique et les responsables des services et des établissements d'aide et de soins au sein d'une table de concertation tactique. **Au niveau stratégique**, qui se compose des décideurs et des financeurs, le retour d'informations et son analyse permettent d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire, ce qui renforce la cohérence de l'offre de soins et médico-sociale, conformément aux demandes exprimées par la table « tactique ». La table stratégique assure le suivi de l'avancement du processus d'intégration : montée en charge globale du dispositif, changement des pratiques professionnelles, etc. **Au niveau tactique**, s'effectuent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu. La table peut alors ajuster l'offre et/ou interpellier la table de concertation stratégique. Ce niveau a pour mission d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides. La différenciation claire des représentants à ces deux niveaux et le suivi des échanges et des décisions prises sont gage de réussite et permettent une réelle co-responsabilité des acteurs. Ces modalités de concertation peuvent s'appuyer sur des réunions ou

des comités déjà existants, en les adaptant, le cas échéant. Comme le pilote local a pour mission de travailler à l'intégration des services de soins et d'aides sur le territoire de la MAIA, il doit s'assurer de l'articulation des informations et des décisions entre la table stratégique, la table tactique et les gestionnaires de cas.

Le guichet intégré présente un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés, les partenaires sanitaires (par exemple établissement de santé, réseau de santé), sociaux (par exemple centre communal d'action sociale) et médico-sociaux (par exemple CLIC, SSIAD, équipes APA). Le guichet intégré ne peut se mettre en place qu'après un travail préalable d'élaboration d'outils spécifiques et de procédures communes : annuaire partagé, référentiel des missions différenciées existant sur le territoire, critères d'inclusion dans les services du territoire facilitant l'orientation, outil multidimensionnel d'analyse des situations.

Ce travail est réalisé par le pilote du dispositif MAIA en concertation avec tous les partenaires du territoire et en reprenant les documents existants ou les travaux qui ont pu déjà être engagés. L'intervention auprès de personnes en situation complexe se caractérise par la multiplicité des intervenants à un moment donné ou dans le temps, ainsi que par la complexité des cas. C'est pour cela que **les gestionnaires de cas** utilisent systématiquement des différents outils dans l'exercice de leurs fonctions. Il s'agit premièrement d'un **outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé**, l'usage duquel se justifie dans l'objectif de répondre à une approche globale des besoins de la personne. Deuxièmement c'est **le plan de services individualisé** qui découle de l'évaluation des besoins. C'est un outil du gestionnaire de cas qui cherche à rendre cohérent l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne. Ce plan n'a pas pour but de prescrire l'intervention des uns ou des autres mais d'articuler les différentes interventions et les différents plans existants tout en s'assurant que les désirs de la personne et ses préférences sont prises en compte. Il est important à noter, quand même, qu'il n'existe pas en France d'outils actuellement développés dans cette optique. La phase expérimentale des MAIA a permis la mise en œuvre d'un outil de planification des services individualisé qui rencontre un intérêt de la part des gestionnaires de cas et des pilotes. Il est essentiel que les sites utilisent le même outil ou un outil basé sur la même logique, l'objectif étant à terme de l'intégrer dans le système d'information. Troisièmement, c'est **le système d'information partagée**, qui comprend des informations caractérisant la population, les parcours et les services rendus, agrégées et anonymisées, qui sont recueillies par le pilote. Elles proviennent à la fois du guichet intégré et du travail des gestionnaires de cas. Le système d'information permet la circulation optimale de l'information.

Ainsi, la tâche des gestionnaires de cas sera facilitée par l'existence d'un système sécurisé permettant l'échange d'informations avec les professionnels concernés. Le recueil de ces informations est réalisé avec le consentement de la personne. Ces informations sont traitées en tables de concertation tactique et stratégique afin de permettre la planification, l'évaluation, la régulation et la mise en œuvre d'un système de soins et d'aides en rapport avec les besoins de la population. Néanmoins, la réflexion sur le contenu et l'architecture de ce système d'information et sa relation au dossier médical personnel sont en cours au niveau national.

À partir de l'étude qualitative du dispositif MAIA de Nice, de Grasse et d'Antibes, principaux problèmes de cette méthode ont été identifiés. (Figure 1.2)

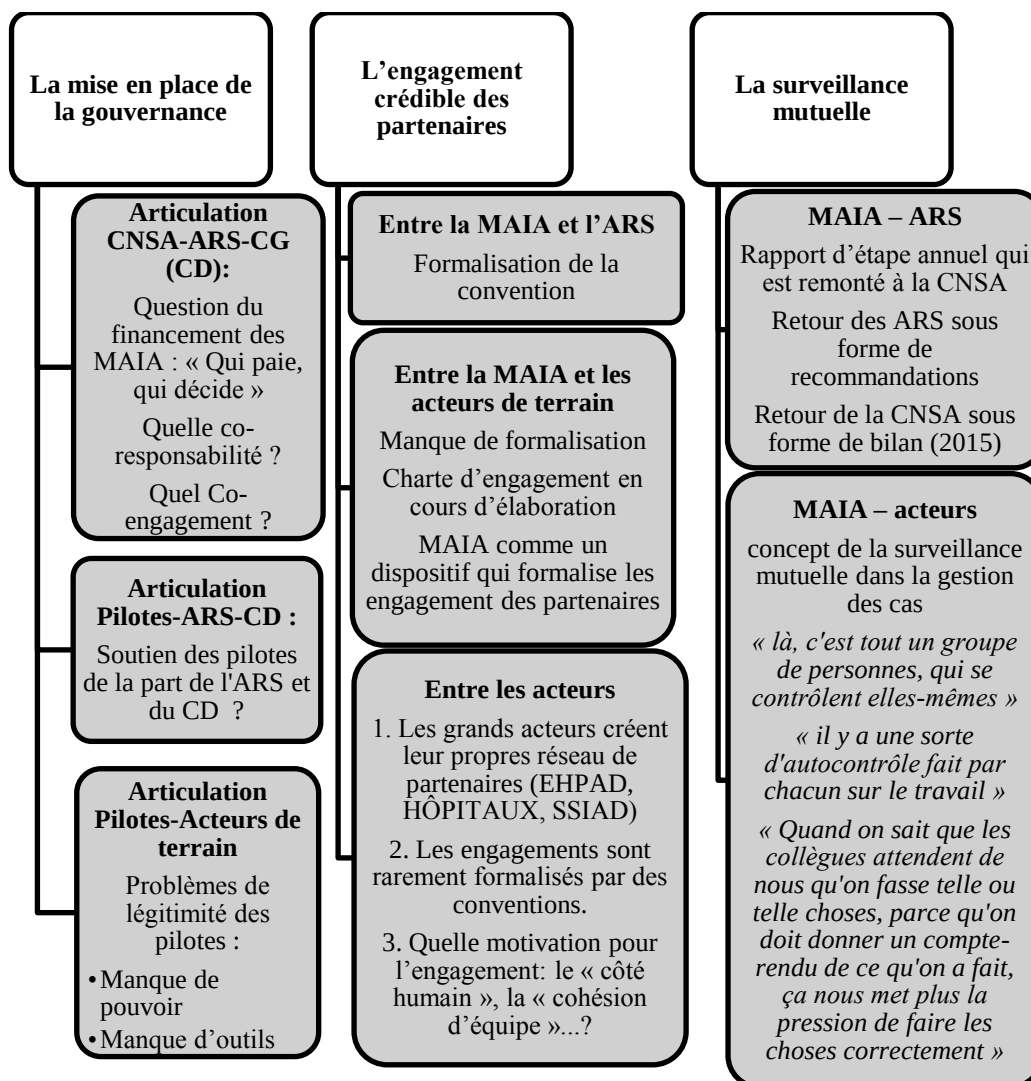


Figure 0.2 Problèmes identifiés du dispositif MAIA

Sur la mise en place de la gouvernance (1) (la constitution de la MAIA), il existe une difficulté d'articulation entre les structures tutélaires qui devraient être co-responsable pour la mise en place et le développement des MAIA sur le territoire donné, dont découle une difficile articulation entre

les pilotes des MAIA et les tutelles du projet. De ces deux premières difficultés découle la troisième, liée à la question de la légitimité des pilotes de MAIA auprès des acteurs locaux.

Des engagements crédibles des partenaires (2) ne sont formalisées qu'au niveau des structures tutélaire, c'est-à-dire, par les conventions entre le porteur de la MAIA, l'ARS et le CD. Les pilotes des MAIA sont en train de l'élaboration et de la mise en place d'une charte d'engagement pour formaliser les relations avec les acteurs des tables tactiques et stratégiques. Cependant, les engagements entre les acteurs de terrain sont rarement formalisés mais quand même stables ce qui est lié à la nécessité d'apporter la meilleure solution pour le bien-être des patients.

La question du contrôle et de la surveillance mutuelle (3) dans le cadre du dispositif MAIA est difficile car en ce moment les indicateurs de suivi et du contrôle ne sont pas définis au niveau national, ce qui empêche à la fois à la surveillance de l'efficacité des MAIA par les ARS, les CD et la CNSA et au développement de ce dispositif. Néanmoins, au niveau des acteurs de terrain, la surveillance mutuelle par la pratique partagée est mise en place à travers la gestion de cas, mais il existe quand même un problème important lié au manque d'outil.

Au niveau managérial, notre apport réside dans la proposition aux tutelles et aux acteurs de la MAIA de mettre en place les mécanismes présentés dans notre cadre théorique qui peuvent accroître l'efficacité du fonctionnement du dispositif : (1) Il est nécessaire pour l'ARS et le CD d'établir un climat de confiance et de définir un sens de la communauté au sein de leurs activités de développement le projet MAIA ; (2) Pour ce faire, il est nécessaire de développer les mécanismes de co-engagement crédible sur les valeurs utilisées par les partenaires locaux de la MAIA : la concertation stratégique, tactique et clinique, le guichet intégré et la certification par un label qualité ; (3) Afin de développer les mécanismes identifiés ci-dessus, il est nécessaire de mettre en place des outils spécifiques (système d'information partagé) favorisant la surveillance mutuelle, centrés sur le savoir-faire, les compétences, l'expérience, afin de pouvoir développer un apprentissage collectif favorisant l'action aussi bien individuelle que collective.

Et enfin **au niveau international**, la recherche a pour ambition d'aider à éviter la mise en place de mécanismes inefficaces dans le système de santé de la Russie à partir des expériences variées et constructives de la France afin de mieux utiliser les ressources du système et augmenter son efficacité.

Nous avons présenté les apports de notre recherche. Cependant, cette dernière présente des limites théoriques et méthodologique.

LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE

Au niveau théorique, la revue de la littérature sur l'organisation et le financement des systèmes de santé permet de faire un constat : les différentes approches des réformes des systèmes de santé nous montrent, qu'il y a un manque de consensus entre les chercheurs sur la mode d'organisation et de gouvernance efficace des ressources de la santé.

Nous faisons donc le choix d'étudier la gouvernance alternative sur la base de la théorie des biens communs d'Elinor Ostrom (1990), mais d'autres courants de recherches pourraient aussi être mobilisés.

Au niveau méthodologique, la limite concerne la validité externe des résultats de notre étude empirique. Nous avons restreint notre étude à trois dispositifs MAIA (à Nice, Grasse et Antibes), mais l'étude plus large des dispositifs MAIA mis en place en France pourrait permettre de vérifier ou préciser les données obtenues. Il est à noter aussi la mise en place récente du projet MAIA en France. Les premiers dispositifs ont été lancés en 2008 en tant qu'une expérimentation et la généralisation du projet a lieu depuis 2011. Par conséquent, ce projet est en train de s'adapter aux besoins des acteurs et il est en cours de développement.

Ces limites constituent autant de **voie de recherche possibles** afin d'approfondir, de généraliser et de confirmer les résultats de notre travail.

Cette recherche contribue à la réflexion sur la complexité des systèmes de santé français et russes prise dans leurs dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales sur les différents territoires. Elle montre que malgré les spécificités des systèmes de santé des différents pays, les gouvernements mettent en place des réformes similaires afin d'atteindre les objectifs communs liés à améliorer l'efficacité de la santé et maîtriser les dépenses. Le cadre théorique choisi nous ouvre plusieurs champs d'investigation, tant en France qu'en Russie, pour identifier comment ces phénomènes pourraient être favorisés et s'ils pouvaient apporter des effets positifs aux systèmes de santé russe et français.

Les dispositifs MAIA mis en place en France explorent une forme émergente d'organisation promue dans la loi HPST qui recompose le territoire à partir des besoins des acteurs et des populations de patients pris en charge et qui propose des formes originales de gouvernance assez peu usitées dans la France organisée par le centralisme parisien. Afin de surmonter les limites méthodologiques et empiriques et afin de vérifier les données obtenues, nous continuerons et élargirons l'étude de ce dispositif et les possibilités éventuelles de son implantation dans les autres pays, notamment en Russie.

Annexe

Annexe A. Guide d'entretien auprès des acteurs du dispositif MAIA à Nice, Grasse et Antibes

INTRODUCTION
- L'itinéraire professionnel : Quelles sont les grandes étapes de votre parcours professionnel ? - Les motifs spontanés de satisfaction/mécontentement: aujourd'hui, qu'est-ce qui se passe bien / moins bien dans l'exercice de votre métier ? Qu'est-ce qui vous plaît / vous plaît moins dans ce métier ?
I. LE DISPOSITIF MAIA : LES QUESTIONS SUR LA MISE EN PLACE DE LA STRUCTURE
- Comment définissez-vous le dispositif MAIA ? - De votre point de vue, quel est l'objectif principal d'une MAIA ? Voyez-vous d'autres objectifs ? - Le dispositif MAIA répond-il à un besoin (des besoins) spécifique(s) à votre territoire ? Si oui, lequel(s) ? - Le dispositif MAIA répond-il à un besoin (des besoins) à une autre échelle ? Quel(s) besoin(s) ? Quelle(s) échelle(s) ? - Quels sont le nombre et les types de structures impliquées ? - Quels sont la nature et le degré d'implication des structures : qu'est-ce que ça veut dire pour elles de faire partie de votre MAIA ? Quelles sont les conséquences de cette appartenance pour les structures ? - Y a-t-il des difficultés dans la mise en œuvre du Plan Alzheimer et la mise en pratique sur le terrain ? Y a-t-il des points qui mériteraient d'être approfondis, modifiés, repensés ? Si oui, lesquels ? - Qu'est-ce qui apporte à vos patients d'être pris en charge par les MAIA - Durée totale de la prestation ? Le nombre de fois de l'interaction par les MAIA. Intensités différentes ? - Qu'est-ce qui a été mis en place pour les aidants professionnels en termes d'information et de formation ? - Participez-vous à la table de concertation stratégique ? Que pensez-vous de cette table de concertation de concertation stratégique ? - De votre point de vue Qu'est-ce qui a changé avec la mise en place des MAIA : • Au niveau des structures qui interviennent (et la composition est toujours la même ?) auprès des patients et des relations qu'elles entretiennent entre elle; • Au niveau des aidants professionnels et de leur pratique ; • Au niveau de la réflexion sur la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou en situation de grande dépendance ; • Au niveau de l'orientation et de la prise en charge concrète des patients ;

II. LE DISPOSITIF MAIA : LES QUESTIONS DES ENGAGEMENTS

- Est-ce qu'il existe un engagement formel entre les acteurs ? Les choses formelles ? Un contrat-type ? Convention-cadre ? Projet CPOM ?
- Est-ce qu'il y a des contrats/ conventions/ des accords de partenariat pour le fonctionnement au sein de MAIA ou c'est plutôt l'usage ?
- Comment se passe la coordination des interventions et les échanges entre les intervenants depuis la mise en place des MAIA ?
 - Au niveau des structures qui interviennent auprès des patients
 - Entre les aidants professionnels chargés du même patient
- Quels sont les inconvénients de ce dispositif, les questions auxquelles il ne répond pas ?
- Quels sont les grands points forts / points faibles de ce dispositif ? Qu'en pensez-vous ?
- Qu'est-ce que vous faites pour avoir confiance en autres partenaires ?
- Qu'est-ce que vous pensez (savez) de cette procédure de certification débouchant sur l'obtention du label MAIA ?
- Comment envisagez-vous la réalisation de cette procédure ?

III. LE DISPOSITIF MAIA : LES QUESTIONS DU SUIVI ET L'EVALUATION DE LA MAIA AUSSI BIEN VIS-A-VIS DES PATIENTS AINSI QUE DES ORGANISATIONS IMPLIQUEES

- Pouvez-vous me décrire les mécanismes de contrôle du déploiement du dispositif MAIA que vous avez mis en place ? [Ou que vous projetez de mettre en place ?]
- Quels sont les principaux critères de contrôle que vous avez définis ? Pourquoi ceux-là ?
- Qu'est-ce qu'il partage au sein de MAIA ?
- Est-ce qu'il y a un système d'information centralisée ? Un dossier commun du patient ?
- Moyen de contrôle ou ajustement mutuel ? (Dépend du système de contrôle) ?
- Comment les moyens budgétaires sont repartis ? Réunions mensuelles ? Contrôle formel ou informel ?
- Les événements indésirables ? Est-ce que ça arrive ? Comment vous les détectez ? Comment avez-vous confiance dans l'engagement de chacun ?
- Les relations avec les autres professionnels qui interviennent auprès des malades : Aujourd'hui comment les choses se passent-elles, s'articulent-elles entre vous et les différents autres acteurs qui interviennent auprès de vos malades ?
- Comment définiriez-vous la nature des relations que vous entretenez avec chacun d'eux ? Est-ce que vous travaillez ensemble ? Le rôle de chacun est-il clairement défini ? Y a-t-il des transmissions entre les professionnels (échanges écrits ou oraux) qui contribuent à la prise en charge ?
- De quelle façon, les relations avec les autres professionnels intervenant auprès de vos malades pourraient être améliorées / clarifiées ?

IV. FOCUS SUR LA MAIA DU PILOTE PARTICULIER : FICHE D'IDENTITE POUR UNE MAIA PARTICULIERE

Impact de la MAIA sur la prise en charge des patients :

- Qu'est-ce qui différencie la prise en charge au sein de votre MAIA, d'une prise en charge traditionnelle ? Qu'est-ce qu'il y a en plus/ en moins ? C'est plus efficace / moins efficace, parce que... C'est plus simple / plus compliqué qu'avant, parce que...
- Qu'est-ce qui a changé en bien... / en moins bien... depuis la mise en place de votre MAIA ? (pour favoriser les exemples)
- Et, pour les patients en situation complexe, qu'est-ce qui s'est amélioré... / dégradé... depuis la mise en place de votre MAIA ?
- Est-ce que ces évolutions répondent aux attentes / aux besoins des patients ? Des aidants familiaux ? Pourquoi ?
- Quelles sont les attentes/besoins auxquels le dispositif MAIA ne répond pas complètement ?

Bibliographie générale

- Akerlof G.A., (1970) « The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and Market Mechanism », *The Quarterly Journals of Economics*, vol. 84, n° 3, (1970), p. 488-500.
- Alam T. et Gurruchaga M. (2015), *Collectivités, territoires et santé, Regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, Paris.
- Allard-Poési F. et Maréchal G. (2014), « Construction de l'objet de la recherche », chapitre 2 dans *Méthode de recherche en management*, coordonné par Thietart R.-A., 4ème édition, Dunod, Paris, p. 14-46.
- Angelé-Halgand N., Garrot T. (2014) Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, 20/3, p.15-41.
- Angelé-Halgand N., Garrot, T. (2015) « Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification », *Entreprises & Histoire*, 2015/2, n°79, p. 41-58.
- Arrow K.J., (1963) « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol. 53 (1963), p. 941-973
- Azon A. T., Van Caillie D. (2009), « Outils de contrôle de gestion et performance des collectivités locales : état de la littérature. » *La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit*.
- Barry M., Bruno B., Sanni Y. (2014) « Les partenariats multipartites pour l'aide à la santé: fondements et ambiguïtés », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32.4, p. 308-326.
- Bates R. H. (1988) « Contra Contractarianism: Some Reflections on the New Institutionalism », *Politics & Society*, 16, p. 387-401.
- Baumol W.J. et al., (1985). « Unbalanced Growth Revisited: Asymptotic Stagnancy and New Evidence », *American Economic Review*, septembre, p. 806-817
- Bras, P.-L. (2009), « La création des agences régionales de santé: notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné? » *Droit social* (11), p. 1126-1135.
- Bréchat, P. H., Bonal, C., Guével, M. R. et al. (2013) « La planification régionale de la santé : technicisation ou politique de santé ? Regards croisés de deux générations », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 7 /31, p. 405 – 428.
- Brucker, G., et al. (2013), « Santé publique et économie de la santé: Unité d'enseignement 1.2 », Elsevier Health Sciences.
- Buttard A. (2008). « L'évaluation du réseau en santé. Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques », *Politiques et management public*, 26(4), p. 87-110.
- Caglio A., Ditillo, A. (2008) « A review and discussion of management control in inter-firm relationships: Achievements and future directions », *Accounting, Organizations and Society*, 33, p. 865-898.

- Chanteau J.-P. et A. Labrousse (2013) « L'institutionnalisme méthodologique d'Elinor Ostrom: Quelques enjeux et controverses », *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*.
- Chassang, H. (2013), *Organisation et système de santé en France*. G. SPSI.
- Chiapello E. (1996) « Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingence: un essai d'organisation de la littérature », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 2, p. 51-74.
- CIRCULAIRE N° DGCS/DGOS/CNSA/2014/09 du 15 janvier 2014 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2014
- CNS. Conférence Nationale de Santé avis du 18.03.2013 « Pour une évolution solidaire du système de santé », disponible sur : <http://sante.gouv.fr/avis-du-18-06-13-pour-une-evolution-solidaire-du-systeme-de-sante.html> consulté le 28 mars 2015.
- Comité des 'sages' (2013), *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*, 19 recommandations du comité des 'sages', Rapport remis au ministre de la Santé et de la Affaires sociales.
- Cour des comptes (2013, 2012, 2011), *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*.
- Dardot P., Laval C. (2010) « Du public au commun », *Revue du MAUSS*, 2010/1, 35, p. 111-122.
- Dardot P., Laval C. (2014) *Commun: essai sur la révolution au XXIe siècle*. La Découverte.
- David A. (2004) « La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ? »
Dans : David A., Hatchuel A., Laufer R. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*. Paris : Collection FNEGE, Vuibert, p. 193-213.
- Décret no 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- Demailly L., Devineau J., Maury C., & Mossé P. (2010), *Reddition des comptes et santé mentale en France*.
- Desmarais C. et C. E. Gamassou (2012). « La motivation de service public à l'aune du service public «à la française» », *Politiques et management public*, 29(3), p. 393-411.
- GARROT T. (2016), « Le pilotage de l'action collective complexe : quelles réalités, quels savoirs, quelles méthodes, quelles valeurs... », notice présentée pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches soutenue le 22 janvier 2016 à l'Université de Nantes, 105 pages
- Garrot T., Oganesyan A. (2014), « Introduction des mécanismes de marché dans la santé : Regards croisés entre la Russie et la France » 4^{ème} conférence franco-russe « *L'avenir de l'Europe et de la Russie dans le monde après la crise* », Nice, 5-6 mai 2014.
- Garrot T., Angelé-Halgand N. et Oganesyan A. (2015), « Reconfiguration de la gouvernance de la santé par les apports d'Elinor Ostrom », 6^{ème} colloque santé *La gouvernance auscultée : une entrée conceptuelle pour penser la rénovation du système et des organisations de santé et de l'action sociale*, Marseille, 8 et 9 avril 2015.

- Georgescu I. ; Naro G. (2012), « Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers », Comptabilité, Contrôle, Audit, Tome 18, Volume 3, Décembre, p. 67-96.
- Girin J. (1990) « L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode », Chapitre 4. Dans Martinet A.-C. Epistémologies et Sciences de Gestion. Collection Gestion avec le concours de la FNEGE et du CEFAG. Paris : Edition Economica, p. 141-182.
- Grenier C. Le réseau de santé : une lecture constructiviste par la notion de gouvernance conceptive. Journal de gestion et d'économie médicales 2009 ; 1/ 27 : p. 73 – 89.
- Guérin M.-F., Join-Lambert M.-T., Morla S., Villain D. (1995), Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, tome 1, Paris, IGAS, 1995.
- Hocquet , Jean-Yves (2012), « Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico- social à l'inclusion des personnes handicapées : des clés pour la cité » Rapport à Madame la secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion Sociale Marie-Anne Montchamp, Avril 2012 disponible à l'adresse : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/rapport_hoquet.pdf
- Jean-Robert Alcaras, Guillaume Marrel, Magali Nonjon et al. (2014). « Quand les directeurs des services sociaux départementaux se saisissent du management: Des représentations et des pratiques singulières et équivoques », Revue Politiques et Management Public, 31(3), p. 337-356.
- Kaplan R. S., Porter M. E. (2011) « The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Careby », Harvard Business Review, 09/2011, p. 1-18.
- Koenig, G. (1993) Production De La Connaissance Et Constitution Des Pratiques Organisationnelles Revue de Gestion des Ressources Humaines, 9, p. 4-17.
- Kreps D. M., Milgrom P., Roberts J. et al. (1982) « Rational cooperation in the finitely repeated prisoners' dilemma », Journal of Economic Theory, 27/2, p. 245–252.
- Lapsley I. (1999), « Accounting and the New Public Management: Instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity? », *Financial Accountability and Management*, Vol. 15 n°3/4, pp. 201-7
- Le Duff Robert et Gérald Orange (2012), « Les biens collectifs victimes de la maladie des coûts de Baumol ? », Revue Politiques et Management Public, 29/3 Juillet-Septembre 2012, p. 451-472.
- Le Menn J. et Milon A. (2012), Rapport d'information n  703 enregistr    la Présidence du Sénat le 25 juillet 2012 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé, 341 pages.

- Le Moigne, J. L. (1995). Les épistémologies constructivistes.
- Léon, C., Périsset, C., Kreft-Jaïs C., (2013), « Perception et satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA », *Évolutions*, N°28 - Novembre 2013.
- Lorino P. (2003) « Méthodes et pratiques de la performance », 3ème édition. Paris : Editions d'Organisation.
- Marais, Marie-Claude et Rapegno, Noemie (2015), « La loi HPST, l'aboutissement d'un processus de planifications médico-sociale ? » dans *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé* sous la direction de Thomas Alam et Marion Gurruchaga, L'Harmattan, Paris, p. 135-154.
- Mathivet B. (2006), « Crise et réforme du système de santé en Russie, » Colloque International « État et régulation social : comment penser la cohérence de l'intervention publique ? », Paris, 11-13 septembre 2006.
- McGinnis M. D. (2013). « Caring for the health commons: What it is and who's responsible for it » Available at SSRN 2221413.
- Michel H. et A. Jourdain (2011) « Les modes de régulation du système hospitalier: L'exemple de la mise en œuvre des sros iii », *Politiques et management public*, 28(3), p. 279-309.
- Morelle A., Tabuteau D. (2010). *La santé publique*, Presses universitaires de France.
- Morin E. (2005) *Introduction à la pensée complexe*, Paris : Editions du Seuil.
- Olson M. (2002) « The logic of collective action », *Public goods and the theory of groups*, 2.
- OMS (2000) « Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant »
- Ostrom E. (1990) *Governing the commons – The evolution of institutions for collective action*. Cambridge University Press.
- Ostrom E. (2010) *Gouvernance des biens communs : pour une nouvelle approche des ressources naturelles*, Bruxelles : De Boeck DL.
- Palier B. (2009) *La réforme des systèmes de santé*. Presses universitaires de France.
- Perret V., Séville M. (2003) *Fondements épistémologiques de la recherche. Méthodes de recherche en management*, Chapitre, 1, p. 13-33.
- Piaget, J. (1967) *Logique et connaissance scientifique: les courants de l'épistémologie scientifique contemporaine*. Paris, Presses Universitaires de France.
- PopovichL., et al. (2011), *Russian Federation: health system review*, World Health Organization.
- Porter M., Teisberg E. O. (2006) *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.

- Roussot A., Combier E., Nuemi G. (2012) « Analyse spatiale des trajectoires de prise en charge des patients atteints de cancer primitif du poumon en région Bourgogne », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2/30, p. 96 – 109.
- Routelous C. (2014) « L'apprentissage du travail pluridisciplinaire : L'enseignement des communautés de pratiques en oncogériatrie », *Gestion et management public*, 2014/2 (Volume 2/n°4), p. 45-60
- Royer I., Zarlowski P. (2014) Le design de la recherche. Chapitre 6. Dans Thietart R.-A. *Méthode de recherche en management*. 4ème édition. Paris : Dunod , p. 168-196.
- Shishkin S., et al. (2013), « Patient choice in the post-Semashko health care system », Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP.
- Shishkin S., Vlassov V. (2009), Russia's healthcare system: in need of modernisation, *BMJ*, 338.
- Silverman D. (2009). *Doing qualitative research: A practical handbook*. – SAGE Publications Limited.
- Simon H. A. (1992) « De la rationalité substantive à la rationalité procédurale » *Revue Pistes* 3.
- Smits P., Préval J., Denis J-L. (2015) « Construire sur les dix années passées, les dix ans à venir : apprendre de la communication dans le cas des politiques publiques favorables à la santé au Québec, Canada », *Politiques et management public*, 32(1), p. 79-95
- Trouvé H., D. Somme (2012). « Étude réalisée pour la direction générale de la santé par la fondation nationale de gérontologie »
- Vachey, Laurent, Jeannet, Agnès, Varnier, Frédéric, Auburtin, Anne, Foulquier Gazagne, Claire-Marie (2012), « Etablissements et services pour personnes handicapées offre et besoins, modalités de financement », rapport Inspection générale des finances N° 2012-M-021-01, Inspection générale des affaires sociales N° RM-2012-126 P disponible à l'adresse : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article289>

Tables des matières

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE.....	6
LISTE DES TABLEAUX.....	8
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
INTRODUCTION GÉNÉRALE	12
CONTEXTE DE LA RECHERCHE	13
PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE, CADRE THÉORIQUE ET POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE	15
Problématique générale	15
Domaines théoriques mobilisés	16
Positionnement épistémologique	19
CHOIX MÉTHODOLOGIQUES	22
PLAN D'EXPOSITION DE LA THÈSE	25
CHAPITRE 1. RÉSUMÉ DE LA THÈSE RUSSE	28
Présentation générale de la thèse	29
Brève revue de la littérature.....	29
Tâches de la thèse	30
Fondements théoriques et méthodologiques de la thèse.....	31
La valeur théorique et pratique de la thèse	31
Structure de la thèse.....	31
Présentation détaillée des résultats les plus significatifs de la thèse	34
Conclusions	46
Communications.....	47
Publications : articles dans les revues classées en Russie	48

CHAPITRE 2. RÉGIONALISATION DE LA SANTÉ EN FRANCE ET EN RUSSIE : ÉLÉMENTS D'ANALYSE COMPARATIVE	49
INTRODUCTION	49
LA DECENTRALISATION DE LA SANTE ECLAIRAGES FRANCO-RUSSES	52
Un ensemble de parties prenantes nécessitant l'articulation ARS/Département.....	52
Le périmètre territorial par la mise en place des ARS : l'apparition d'une continuité du sanitaire, du médico-social et du social	53
Une gouvernance entre responsabilisation des acteurs et planification	54
Éléments sur la décentralisation régionale de la santé en Russie	55
Un mode de gouvernance renouvelé : mise en place du système d'assurance maladie obligatoire	56
Délégation de responsabilités aux autorités locales : répartition des tâches, du financement et du mécanisme de contrôle.....	58
LIMITES DE LA DECENTRALISATION ET VOIES DE DEPASSEMENT	59
Un périmètre territorial à stabiliser.....	60
Des construits basés sur l'« accountability » pour dépasser les effets de la planification centralisée.....	62
Un projet concentré sur les besoins des populations du territoire local	64
Envisager des possibilités de dépassement.....	65
La co-construction accompagnée pour stabiliser le périmètre territorial	66
Le co-engagement sur la valeur source d'« accountability » pour les acteurs	67
La pratique partagée, source du projet à destination des populations.	68
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	69
CHAPITRE 3. RECONFIGURER LA GOUVERNANCE EN SANTÉ : LES APPORTS D'OSTROM.....	73
INTRODUCTION	74
LA MISE EN PLACE DE LA GOUVERNANCE PAR LA CO-CONSTRUCTION ACCOMPAGNEE	76

LA CREDIBILITE DES ENGAGEMENTS PAR LE CO-ENGAGEMENT SUR LA VALEUR ..	79
LA SURVEILLANCE MUTUELLE PAR LA PRATIQUE PARTAGEE.....	81
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE	84
CONCLUSION GÉNÉRALE	87
SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE.....	88
APPORTS ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	90
LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE	98
ANNEXE.....	99
Annexe A. Guide d’entretien auprès des acteurs du dispositif MAIA à Nice, Grasse et Antibes	99
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	101
TABLES DES MATIÈRES.....	107

*Ani Oganessian (Russia)**Les réformes du système de santé en France et leurs impacts*

La thèse porte sur les approches théoriques de réformes de santé des pays développés. Elle a pour objectif d'identifier les mécanismes d'optimisation des dépenses de santé en garantissant l'accès et la qualité des services de soins. À travers l'analyse complète des réformes du système de santé en France, elle vise à identifier les mécanismes efficaces de régulation du système de santé et proposer des dispositions originales pour la réforme du système de santé en Russie, en tenant compte les spécificités du pays.

Les résultats théoriques et pratiques de la thèse peuvent être utilisés dans l'enseignement et par le gouvernement russe dans le cadre de l'élaboration et l'amélioration des stratégies de développement du système de santé et la mise en œuvre des réformes d'organisation et de financement de la santé.

Mots-clés : gouvernance, santé, dépenses, biens communs, intégration, coopération

Abstract

*Ani Oganessian (Russia)**Reforms of health care system of France and their impact*

The thesis provides an overview of theoretical approaches to health care systems reforming. It is aimed to solve the contradictions in the reduction and optimisation of total expenditure on health and the increase in life expectancy and also the quality of life with an comprehensive analysis of main tools of reforming in health care system in France, as well as to make the proposals using constructive French experience in reforming the economic and administrative mechanisms of the health care system in Russia.

Results and conclusions of the thesis can be applied in a scientific study, development and improvement strategies and concepts of the national health system, along with the practical implementation of reforms in health care delivery and the financing of health care systems.

Key-words: governance, healthcare, expenditures, commons, integration, cooperation