



5° Colloque Santé 2013, Marseille, 21 et 22 mai 2013

**Les organisations de santé et leurs environnements institutionnels :
réceptacles d'injonctions ou acteurs stratégiques ?**

**Co-construction des instruments de gouvernance, de pilotage et de
mesure en Santé :
Apports des travaux d'Ostrom sur les biens communs**

Angelé-Halgand Nathalie (*) et Garrot Thierry ()**

(*) Maître de conférences HDR, Département de recherche en Management de la Santé, Faculté de Médecine / LEMNA (Laboratoire d'Economie et de Management Nantes-Atlantique), Université de Nantes, France, Tel : 02 53 48 46 22 / 02 40 41 28 23, nathalie.angele-halgand@univ-nantes.fr.

(**) Maître de conférences, Groupe de Recherche en Management (EA 4711), I.A.E. de Nice, Université de Nice Sophia Antipolis, France, Tel : 04 92 00 11 01, thierry.garrot@unice.fr.

INTRODUCTION

Depuis plus de vingt ans, le système de santé français et en particulier les établissements hospitaliers vivent dans leur quotidien l'introduction des logiques économiques dans la production des soins. Les réformes débutées dès 1996 avec les ordonnances Juppé, se sont progressivement élaborées, développées et sont pleinement à l'œuvre notamment avec une des réformes les plus emblématiques de ce mouvement de transformation, la Tarification A l'Activité (T2A). Or aujourd'hui, nombre d'observateurs mettent en évidence les limites du schéma incitatif hospitalier fortement structuré par la tarification à l'activité, le rapport de la MECSS au Sénat publié le 25 juillet 2012 étant exemplaire de ce point de vue. Outre la difficulté de calculer des coûts par GHM, la MECSS souligne la nécessité de « s'extraire de la logique unique des coûts moyens constatés » (Le Menn et Milon, 2012, p.92-93). Ce primat de l'efficacité sur l'efficacités (qualité-sécurité-délaiaccès) peut amener des effets néfastes à la fois au plan économique et au plan de la sécurité des patients.

Cette approche de l'implémentation des réformes de financement des hôpitaux, où la norme est élaborée de manière centrale par l'ATIH sur la base de traitements statistiques des séjours appartenant à un même Groupe Homogène de Malades (GHM) se révèle clairement hiérarchique, avec la conséquence ultime d'avoir un tarif unique pour prendre en charge un type d'épisode de soins. 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. Le schéma actuel d'une sous-enveloppe de l'ONDAM distribuée par des tarifs annuellement révisés à la baisse instaure une incertitude et une instabilité en matière tarifaire en plus de soulever la question de la fiabilité de la comptabilité analytique hospitalière, de la représentativité de l'échantillon de l'échelle nationale des coûts, et de la fiabilité des travaux de l'ATIH, auxquelles renvoient les propositions 11, 12, 13, 21 et 22 de la MECSS (Le Menn et Milon, 2012, p.92-96).

D'autres limites sont clairement pointées comme les changements de pratiques cliniques générant un gaspillage de ressources pour l'Assurance Maladie et/ou mettant à risque la sécurité des patients, avec notamment ce que la MECSS désigne sous le terme de « séquençage des séjours » quand le nombre de cures de chimiothérapie est multiplié pour étaler l'administration de la même dose de principe actif, qui peut aller jusqu'au triplement du nombre de cures et donc de séjours et de recettes T2A correspondants. Il en va de même de la « manipulation de données » pour retrouver des marges de manœuvre comme le montre Georgescu et Naro (2012). Il en est aussi des séjours liés à des ré-hospitalisations consécutives à des infections nosocomiales. Ceci correspond à la proposition n°33 de la MECSS consistant à « ne pas rembourser certains séjours lorsque surviennent des événements indésirables » (Le Menn et Milon, 2012, p.106-108). Parallèlement le système étouffe l'innovation ce qui conduit la MECSS à formuler la proposition n°10 : « Veiller à ce que la T2A ne nuise pas au développement de pratiques innovantes dans les établissements » (Le Menn et Milon, 2012, p.91-92).

Au-delà des limites identifiées, plusieurs pistes de dépassements ou d'aménagements sont envisagées 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 MECSS préconise donc d'élaborer une réflexion sur les moyens de construire une tarification « au parcours » (recommandation 35, p.109 et point 4 de la synthèse, Le Menn et Milon, 2012, p.11) en s'appuyant sur des expérimentations. Elle appelle aussi de ses vœux la prise en compte du souci des auteurs du rapport consistant à intégrer les soins de suite et de réadaptation dans une approche globale de financement (proposition n° 37¹, Le Menn et Milon, 2012, p.113). Les supports de la tarification en vigueur basés sur des épisodes de soins seraient alors transcendés pour être abordés dans une continuité impliquant une coopération de divers acteurs si ce n'est une co-responsabilité des professionnels de santé engagés auprès du patient. Tout en gardant son rôle de financement, la tarification devrait aussi inclure des dimensions qualitatives à vocation incitative telles qu'envisagées

¹ Les numéros de propositions renvoient à la liste des propositions : p. 117-119

dans la proposition n° 34 de la MECSS (Le Menn et Milon, 2012, p.105-108). Au-delà même de ces objectifs directs, le modèle de financement devrait être à même de participer à la réduction des inégalités territoriales de santé, en permettant le maintien et la pérennisation des « activités nécessaires pour des raisons sanitaires dans un bassin de population isolé ou peu dense ». La MECSS envisage ainsi sortir de la logique des GHS pour aller vers un système forfaitaire, tout en gardant un lien avec l'activité (p.86). Bien évidemment, la nécessité de mettre à niveau et de coordonner les systèmes d'information hospitaliers « pour faciliter l'échange entre les différents acteurs de santé, sous réserve de la protection des données personnelles, notamment médicales » (proposition n°17 Le Menn et Milon, 2012, p. 118 et p. 95-96) apparaît comme une nécessité primordiale et implique le développement de fonctions de supports notamment dédiées aux systèmes d'information.

Cette communication propose de donner un cadre d'analyse global pour sortir de ce qui apparaît aujourd'hui comme une impasse en mobilisant les travaux sur les biens communs d'Elinor Ostrom sous deux angles. Le premier consiste à appliquer au secteur de la santé une grille de lecture tirée des travaux sur les financements communs dans la lignée d'Ostrom en aboutissant à la formulation d'une proposition alternative de financement du système de santé, la Tarification au Cycle de Soins (TCS) ; le second soutient la TCS en promouvant l'idée de co-construction des instruments de gouvernance, de pilotage et de mesure en santé et amène à exploiter les principes de conception des institutions (Ostrom, 2010). Notre contribution vise à mener une analyse sur le domaine de la santé à partir de principes élaborés en Economie Politique dans une perspective pluridisciplinaire.

1° PARTIE – FINANCEMENT DE LA SANTE UN BIEN COMMUN A PRESERVER ?

Dans cette première partie, nous allons nous attacher à l'élaborer un cadre d'analyse global permettant de lire différemment et de mieux comprendre pourquoi aujourd'hui le financement de la santé en France apparaît dans une impasse. Le point de départ de ce cadre d'analyse sera la définition des biens communs :

« A common-pool resource such as an irrigation system, a fishing ground, a forest, the Internet, or the stratosphere is a natural or man-made resource from which it is difficult to exclude or limit users once the resource is provided by nature or humans (Ostrom et al. 1994). One person's consumption of resource units, such as water, removes those units from the resource system. » (Ostrom 2006, p.151)

Dans le domaine de la santé, la non exclusion correspond à l'objectif d'accès pour tous aux soins ; le critère de rivalité renvoie à la question de l'allocation des ressources financières aux différents acteurs de la santé. Ainsi, les financements dévolus à la santé répondent aux critères de définition des biens communs, qui se situent aux confins des biens publics et des biens privés :

« The difficulty of excluding beneficiaries is a characteristic that is shared with public goods while the subtractability of the resource units is shared with private goods. » (Ostrom 2006, p. 151)

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. Nous nous proposons donc d'explorer à présent les pistes qu'ouvre cette nouvelle perspective pour la gestion des services de santé, et plus particulièrement de l'hôpital. Pour ce faire, nous appliquerons d'abord la grille de lecture d'Ostrom au financement hospitalier, pour ensuite pointer les dilemmes dont les biens communs sont porteurs à l'hôpital, et enfin ébaucher une piste de solution axée sur ce que nous nous proposons de qualifier de maîtrise d'une économie de production, dont l'une des traductions opérationnelles prendrait la forme d'une tarification au cycle de soins.

1.1 LA TRAGEDIE DES BIENS COMMUNS A L'HOPITAL

Plutôt que de considérer les services de santé ou la santé de la population elle-même comme des biens communs, nous appliquons le cadre d'analyse d'Ostrom en amont de la production finale de ces biens, au système de financement de la santé assuré de manière collective par l'Assurance Maladie. Ce choix est porté par la défaillance du système actuel à contenir l'incessante croissance des dépenses de santé,

et par certains comportements identifiés par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales (Mallot, 2010, Le Menn et et Milon, 2012). Ces rapports mettent le doigt sur des dérives inflationnistes et des situations où la qualité ou la sécurité des patients peuvent être mises en cause par la recherche exclusive de l'efficacité au détriment de l'efficacité.

111. Les financements collectifs comme biens communs

Le concept de « common-pool resources », que l'on traduit par « biens communs » a été utilisé initialement par Ostrom pour les ressources naturelles non renouvelables, pour lesquelles la régénération de la ressource est plus lente que la consommation par les appropriateurs. Son extension au financement collectif du système de santé s'inscrit dans le courant de littérature relatif aux « budgetary commons » ou « fiscal commons ». Ils utilisent la grille d'analyse des biens communs pour mieux comprendre les problèmes de gestion de fonds publics. Cette transposition est ainsi présentée par Brubaker (1997) :

« The budgetary process results in the creation of a common pool of funds from which to finance a large variety of programs, including income transfers to individuals and businesses as well as the direct provision of goods and services. The process converts privately generated income and wealth into common property to be allocated among potentially unlimited alternative uses. »

En 1968, Hardin signe un article dans Science dans lequel il théorise la « tragédie des biens communs ». La thèse qu'il défend peut se résumer ainsi : « *Freedom in a commons brings ruin to all* ». E. Ostrom montrera par ses travaux que les acteurs ne sont pas obligatoirement pris dans ce piège tragique (Ostrom 2011) mais le parallèle avec les *budgetary commons* semble assez immédiat, d'après l'exposé de Raudla (2010, p. 203).

"the core of budgetary commons is that the participants involved in budgeting internalise full benefits of a spending proposal but bear only a fraction of the cost, since it is financed from the common tax fund. The divergence between perceived and actual costs of programmes, in turn, would lead the graziers on the commons to demand higher levels of targeted expenditures than would be efficient, leading to growing expenditures, and, in a dynamic context, to higher deficits (see Velasco 1999, 2000)".

Nous traduisons par « financements collectifs » (ou communs) les « *budgetary commons* ». Weingast et al. (1981) modélisent leur tragédie en mettant en évidence les effets de la concentration géographique des élus sur l'orientation des financements collectifs en faveur de projets bénéficiant aux électeurs de leur région. Ils élaborent la « loi du 1/n » prolongeant ainsi l'analyse du problème. Ainsi, plus le nombre de bénéficiaires (n) des financements collectifs est important, plus la part des coûts perçue par chaque bénéficiaire est faible. Cette loi du « 1/n » permet de mieux comprendre les difficultés engendrées par la décentralisation des décisions politiques. Le phénomène contribue à soumettre les élus au risque de clientélisme.

112. La tragédie des financements collectifs hospitaliers

L'extension aux financements collectifs de la grille d'analyse des biens communs conduit à privilégier la notion de « *partisan actors* » à celle de « bovin brouteur » selon la métaphore de la prairie. Traduite dans le cadre du financement du système de santé, les acteurs partisans du soin doivent assumer un premier enjeu, la captation des ressources allouées par le Parlement à l'occasion du vote de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) et de sa répartition en sous-enveloppes. Plus précisément, les acteurs partisans regroupent tous les syndicats représentant les établissements, et ceux défendant les professionnels en activité : CHU/CH (directions générales, présidences de CME) mais aussi établissements hospitaliers privés (ex-PSPH et ex-OQN), différents corps professionnels, y compris celui des directeurs d'hôpitaux, en distinguant par disciplines médicales et chirurgicales, par statut (libéraux généralistes, spécialistes, hospitaliers), les syndicats professionnels, etc... Nous trouvons également les différents secteurs du sanitaire : champ du MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), du SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), voire le médico-social avec les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Par ses dérives inflationnistes la tarification à l'activité (T2A) offre une illustration de la surexploitation des ressources de financements collectifs affectés à la santé. La T2A par ces tarifs

nationaux uniformes transpose au niveau local l'enjeu de la captation des ressources existant au niveau global. Chaque établissement d'un territoire tendra, pour augmenter son financement, à accroître son activité, les prix étant encadrés. Il apparaît alors une concurrence, notamment dans les territoires de santé denses, entre tous les établissements publics ou privés, puisque les parts de financement captées par les uns sont perdues pour les autres au sein de l'enveloppe déterminée par l'ONDAM. Les prix des prestations étant fixés annuellement par l'intermédiaire de l'ATIH, seule la variable de l'activité peut permettre de rentabiliser l'établissement. On observe dans certains cas un consensus entre professionnels de santé et directeurs d'hôpitaux pour surconsommer les ressources communes. Le sondage de la Fédération Hospitalière de France publiée en Juillet 2012 est à ce titre édifiant puisque d'après les médecins de tous statuts, le pourcentage d'actes non pertinents varie de 20 % à plus de 30 %. Ceci est particulièrement interpellant par rapport aux populations n'ayant pas suffisamment accès aux soins.

Au-delà, cette enquête pousse à examiner le phénomène de dissipation de la rente, problème bien connu d'appropriation des communs. Il concerne les sur-prélèvements de ressources ou encore le « sur-investissement des appropriateurs » dans les investissements améliorant l'efficacité de l'exploitation de la ressource. Les activités nouvelles élaborées sur des critères médico-économiques de rentabilité entrent dans cette catégorie. De plus, la Nouvelle Gouvernance par pôles, incite chacun d'eux à développer de nouvelles activités dans leur projet et leur contrat polaire. Cette multiplication des centres de décision peut être analysée par le prisme de la loi du 1/n. Les enseignements relatifs aux limites de la décentralisation identifiées par Weingast et al. (1981) suggèrent que la Nouvelle Gouvernance et la T2A agissent comme un puissant moteur captant toujours plus de financements publics. De même pour les nouveaux investissements (bâtiments ou plateaux techniques), que le financement de la T2A n'intègre pas en tant que tels, le plus simple pour les membres de la communauté est d'augmenter l'activité pour répartir les charges fixes supplémentaires, en défendant l'idée d'économies d'échelle ou d'effets de synergie.

Avec l'analyse fondée sur la grille des « *commons* » appliquée aux financements collectifs de la santé, il s'agit d'explorer les pistes de solution ouvertes par cette approche. Nous introduirons l'idée d'une maîtrise de l'économie de la production et décriront une application concrète : la tarification au cycle de soins (Angelé-Halgand, Garrot, 2012).

1.2 POUR UNE MAITRISE D'UNE ECONOMIE DE LA PRODUCTION : LA TARIFICATION AU CYCLE DE SOINS

La tragédie des « *commons* » peut être revue en termes coopératifs comme le suggère E. Ostrom (2011), pour ensuite élaborer des propositions opérationnelles, en promouvant notamment une évolution de la tarification à l'activité vers le cycle de soins.

121. La problématique des financements communs reformulée en termes coopératifs

Runge (1981) démontre la non-pertinence du jeu du dilemme du prisonnier et propose de reformuler le problème en terme d'assurance. En faisant référence à Sen, il retient le schéma de la bataille des sexes. Un couple est face à un choix de sortie : le mari souhaite assister à une course de chiens, la femme aspire à un spectacle de ballet, mais chacun préfère sortir prioritairement avec l'autre plutôt que seul. Ce qui distingue les deux situations c'est la nature coopérative de la seconde, car les acteurs sont interdépendants, ce qui caractérise les communs. Les décisions des joueurs sont alors considérées dans un contexte où la communication et la coopération sont possibles, conditions environnementales qui rendent inefficace le pouvoir explicatif du jeu du dilemme du prisonnier (Ostrom, 2011, p. 29). Si chaque joueur a l'assurance, garantie par une règle institutionnelle, du comportement vertueux des autres, il se conformera à celui-ci, permettant à l'ensemble du groupe d'atteindre une variété de solutions d'équilibre bien éloignées de la sous-optimalité en terme parétiens et invalidant le caractère nécessairement tragique des communs. Au-delà, la solution élaborée par les acteurs dépendra du rôle des pouvoirs politiques, des ressources de chacun (temps, matériel, information, etc.), des capacités de négociation des uns et des autres, ainsi que des cultures et du climat entourant la situation de consensus social sur l'avenir à long terme ou vue à court terme.

Les règles institutionnelles garantissant une confiance complète et une autonomie suffisante des acteurs apparaissent comme une condition indispensable à la coopération, sans laquelle des solutions

approchant de l'optimal ne sont pas accessibles. En conséquence, ces règles s'auto-renforcent, consolidant ainsi la stabilité de la situation, du fait notamment des coûts de transaction associés à la coopération nécessaires à leur édicition. Le mécanisme vertueux se décrit ainsi : la coopération s'obtient par des règles institutionnelles qui réduisent l'incertitude liée au comportement des autres joueurs. Ces règles comprenant des sanctions constituent un rempart suffisamment dissuasif pour éviter les stratégies perdantes :

« 'Not to be trusted' in one circumstance may lead to a general loss of reputation, much like losing one's credit rating. These costs, plus reductions in the attainable set if such antisocial behaviour 'sets a trend' for others, plus the opportunity costs of innovating new rules, may well exceed the expense of stinting on the range. » (Runge, 1981, p. 603)

Ces développements conduisent Runge à considérer l'option consistant à ce que la règle soit imposée de l'extérieur du groupe comme une solution de second ordre, même s'il reste prudent sur le domaine de validité de ce point. L'auteur souligne l'intérêt des petits groupes pour aboutir à une coordination complète de leurs membres et nous discuterons plus précisément ce point dans la deuxième partie.

« Such assurance may require a decentralized approach to institution building based on the institutional norms and conventions of traditional cultures. Cooperative solutions are most likely to succeed where the locus of decision-making is a relatively small, cohesive body. This is so, not because of the « size of the group » per se, but because assurance about the actions of others is largely a matter of information conveyed via transactions and communication. Information, organized as a set of rules, reduces uncertainty. » (Runge, 1981, p.605)

Cette reformulation des problèmes de financement en termes de coopération suggère plusieurs enseignements applicables au système hospitalier. Tout d'abord, le schéma actuel basé sur des tarifs issue d'une sous-enveloppe de l'ONDAM révisés à la baisse tous les ans, pour limiter partiellement les augmentations de l'activité des établissements, instaure une situation de concurrence proche du dilemme du prisonnier. La course à la rentabilité agit comme une forte incitation à développer l'activité. Autrement dit, elle favorise des comportements de francs tireurs associés au risque de surexploitation de la ressource de financement commune. La recherche d'augmentation de « parts d'activité » se fait largement au détriment de l'environnement immédiat, de sorte que la captation de droits d'exploitation de la ressource commune prive d'autant l'établissement voisin. Comme le soulignait Francis Fellingner, en tant que président de l'association des présidents de CME (Commission médicale d'Établissement) de CH (Centres Hospitaliers), « la T2A ne favorise pas la coopération entre établissements. Compte tenu de la puissance du contrôle d'efficience qu'elle exerce sur le secteur, il n'est guère étonnant que les ambitions de la loi HPST relatives au développement de comportements collaboratifs entre les établissements – notamment au sein des communautés hospitalières de territoires – paraissent difficiles à réaliser sur le terrain. »

Ensuite, le manque de lisibilité affichée par la tutelle sur la politique tarifaire et sur les orientations générales adoptées, génère une grande incertitude. Elle est justement à l'origine de la tragédie des communs. Pourtant, le passage de la T2A de la V10 à la V11 en 2009 étudiée de manière critique notamment par Moisdon (2009), était annoncé comme porteuse d'une meilleure visibilité, par une quasi-stabilité des tarifs pour les années qui suivraient. Malheureusement, les versions se succèdent annuellement et démentent cette promesse. Elles empêchent la construction d'une relation de confiance entre les établissements et leur tutelle (Pepin M., Moisdon J.-C., 2010). Or, les recherches sur les communs mettent en évidence l'importance de la confiance pour sortir de situations sous-optimales. Même si Runge (1981) montre que la régulation peut être endogène au groupe d'appropriateurs, il ne nie pas le rôle bénéfique d'une régulation exogène en cas de coordination imparfaite. Actuellement, le comportement de la tutelle se situe à l'opposé d'une force de stabilisation, car elle génère une incertitude majeure sur le niveau de ressources reçues par l'établissement. La méthode d'élaboration des tarifs est également discutable. Antérieurement, elle testait la validité de ses hypothèses auprès des directions financières des gros établissements afin d'éclairer ses prises de décisions, aujourd'hui l'ATIH (agence technique de l'information hospitalière) élabore de façon autonome les tarifs des GHS, les bases statistiques retenues étant censées garantir la pertinence de ses conclusions. La conséquence au niveau des établissements est une imprévisibilité accrue des décisions prises ayant des implications fortes sur la rentabilité avec des délais d'accès à l'information qui n'autorisent pas un véritable pilotage.

Enfin, la régulation endogène qui est une solution de premier ordre dans les travaux de Runge (1981) nous amène à privilégier des dispositifs expérimentaux permettant aux acteurs du soin de s'organiser entre eux. Cette démarche décentralisée ouvre la voie à des méthodes inductives chères à E. Ostrom dès ses premiers travaux. Malgré la tradition jacobine française, espérons que l'ensemble des conditions actuelles présidant au financement de la santé conduira à plus ancrer les relations Etat-établissement de santé dans la confiance.

122. Vers une tarification au cycle de soins

A partir de cette analyse, 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 encore TCS (Angelé-Halgand, Garrot, 2012). Elle peut se formuler comme la création des conditions d'une coopération entre acteurs des soins, pour sortir de la tragédie des communs et évoluer vers les cercles vertueux, étudiés notamment par Ostrom. La coopération 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. Ce terme fait référence à Porter et Olmsted Teisberg (2006), qui préconisent d'organiser les services de santé autour d'unités de pratiques médicales intégrées (p. 167 et suivantes). Ainsi ils étendent la définition de la prestation pour créer de la valeur pour le patient. Les résultats, au sens de l'output, seraient alors un enchaînement de prestations émanant de différentes unités de soins, qu'ils proposent d'appeler « cycle ». Illustrons cette proposition par un exemple simple, tel que la pose d'une prothèse totale de genoux. La chaîne de soins débiterait par une consultation aux urgences ou chez un médecin généraliste, se poursuivrait par un épisode de soins aigus financé par la T2A, puis, elle pourrait être suivie par un séjour en établissement SSR (soins de suite et de réadaptation), accompagnée de séances chez un kinésithérapeute de ville, et des consultations de suivi par le chirurgien et le médecin généraliste. Le cycle de soins comprend ces différents actes et prestations de soins. Selon Porter et Olmsted Teisberg (2006) c'est seulement à ce niveau qu'il est possible de représenter et d'évaluer la valeur créée pour le patient. De même, Kaplan et Porter (2011) prolongent cette réflexion en insistant sur les enjeux qu'il y a à correctement mesurer la valeur finale offerte au patient en maîtrisant les coûts totaux.

Le passage de l'épisode au cycle de soins crée automatiquement des espaces de coopération entre professionnels et les institutions, ils dépassent les frontières organisationnelles et des statuts d'exercice. Le cycle engage les acteurs à articuler leurs interventions et les rend *de facto* solidairement responsables du résultat final. Il oblige à intégrer les différentes étapes du soin, afin d'appréhender la valeur apportée au patient en enjoignant les professionnels de se saisir de la question de la coordination. On sait d'ailleurs qu'elle pose de redoutables problèmes dans notre système de santé et qu'elle ne pourra pas se faire efficacement sans l'implication des acteurs de terrain. La coopération est testée sous différentes formes depuis un certain temps, la loi Hôpital Patient Santé Territoire étend ce mouvement aux groupements de coopération en augmentant leur portée. La création des communautés hospitalières de territoire, les partenariats publics-privés sont autant d'exemples d'outils à la disposition des établissements pour élaborer une coopération contractuelle.

Se pose alors la question du schéma incitatif cohérent avec cette reconfiguration. La tarification au cycle de soins constitue un élément complété par d'autres afin de piloter les autres dimensions de la performance à savoir : la qualité et la sécurité du patient ; le délai, et l'accès pour tous, dans le cadre d'une mission de service public. En revenant sur les apports d'E. Ostrom, l'idée est de rendre responsables les troupes de la préservation de la ressource, le schéma incitatif à inventer sera certainement fonction du type de cycle de soins, ancré dans un territoire et prendra en compte des activités, telles que la prévention ou l'éducation thérapeutique. Ces actions sont généralement économes en financements collectifs, tout en étant vertueuses pour la santé du patient.

A ceux qui argueront que le cycle de soins correspond au parcours de soins, nous mettrons en avant la préservation de l'initiative des acteurs (individuels ou institutionnels) et de l'autonomie des professionnels, en faveur du premier. Il ne s'agit pas de définir des standards de chemins cliniques dont on sait qu'ils ne couvriront pas l'ensemble des cas et qui peuvent éteindre la capacité d'adaptation des équipes par des injonctions répétées de conformité aux référentiels. Au contraire, ici, il s'agit de permettre à l'innovation de se développer dans l'interaction entre les acteurs en s'autorisant un contrôle à maille large, centré sur le résultat étendu au cycle, et incitant les acteurs à trouver les voies d'une meilleure conciliation entre les différentes dimensions de la performance. Cette partie de

la proposition répond à la recommandation n° 10 de la MECSS : « Veiller à ce que la T2A ne nuise pas au développement de pratiques innovantes dans les établissements » (Le Menn J. et Milon A., 2012, p. 91-92). La question de la gouvernance du système est indéniablement au cœur de cette proposition et les travaux d'Elinor Ostrom sont ici encore éclairants. La coordination va naturellement impliquer l'émergence d'un pilote du cycle de soins, qui pourra être dans le cas de la prothèse totale de genoux soit l'hôpital, ou la clinique, mais pour les affections de longue durée le médecin généraliste serait l'acteur principal, en cohérence avec la posture de coordinateur qui ressort de la dernière convention négociée en juillet 2011. Après cette analyse critique au niveau global du système de financement de la santé conduisant à la proposition d'une méthode alternative de financement de la santé, la tarification au cycle de soin, nous approfondissons notre analyse au niveau micro par l'introduction de l'idée de co-construction des outils de contrôle par les acteurs en explorant les apports potentiels à notre projet du cadre d'analyse du choix institutionnel élaboré par Elinor Ostrom (2010).

2° PARTIE – CO-CONSTRUCTION : LES ENSEIGNEMENTS DU CADRE POUR L'ANALYSE DU CHOIX INSTITUTIONNEL

Dans cette deuxième partie, il s'agit d'explorer les apports du cadre d'analyse du choix institutionnel issus des nombreuses recherches conduites et colligées par Elinor Ostrom (2010) sur des domaines aussi divers que les prairies communes, les zones de pêche, les réserves aquifères ou encore les budgets locaux, où des acteurs ont élaboré de façon co-construite des « institutions » leur permettant de gérer les biens communs de manière pérenne et viable pour tous. Cela nous amène à nous questionner sur la définition claire des limites posées dans le cadre de cette gouvernance, en rapport avec le droit de prélever des ressources communes, sur la concordance entre les conditions locales d'exploitation et les règles d'appropriation de la ressource, et encore sur les dispositifs de choix collectifs qui président à l'élaboration des règles opérationnelles. Cette approche par les biens communs promeut une démarche émergente, intrinsèquement bâtie à partir de l'expérience des acteurs de terrain, loin d'une tradition centralisatrice. La question de la surveillance de la ressource commune ou du comportement des acteurs est abordée, de même que celle des incitations graduelles, notamment quand certains appropriateurs transgressent les règles et s'exposent à des sanctions progressives. Au-delà de ces aspects assez classiques dans le cadre institutionnel, les mécanismes de résolution des conflits sont également travaillés, afin d'offrir des lieux permettant la résolution des différends entre les acteurs impliqués dans l'utilisation et la préservation de la ressource. Il s'agit aussi d'explorer très sérieusement la reconnaissance minimale à un droit d'organisation des acteurs questionnant directement le rôle des autorités de régulation en matière de santé. Enfin, il sera nécessaire d'anticiper l'imbrication des différentes parties prenantes à l'appropriation de la ressource financière, à la fourniture, la surveillance, l'application des règles, la résolution des conflits et la gouvernance, le tout aux différents niveaux suivants : territoire de santé, périmètres régional et national.

L'approche proposée ici se démarque de la démarche inductive menée par les équipes du '*Workshop in Political Theory and Policy Analysis*' autour des Ostrom car aujourd'hui les modes de gouvernance, les outils de pilotage et de mesure de performance de la santé en France sont tous très fortement empreints d'une culture centralisatrice qui efface toute initiative locale, voire qui annihile tous les efforts d'auto-organisation ou d'auto-régulation promus par des professionnels de santé. Il existe certaine initiative locale par exemple de création de système d'information de vigilance sanitaire territoriale organisée par des médecins généralistes ou des initiatives de création de pôle de compétences pluridisciplinaires sanitaires sur un territoire, mais celles-ci se développent dans un contexte hostile et doivent rechercher elles-mêmes les ressources matérielles de leur existence. Notre propos est de décrire dans une démarche hypothético-déductive les conditions nécessaires à offrir aux acteurs de la santé pour qu'ils puissent élaborer des solutions originales. A l'intérieur de situations d'action pertinentes dans le contexte français, ils devraient avoir les moyens d'apporter des propositions concrètes à leur échelle. Il s'agira alors de répondre à la question du « comment mieux utiliser les ressources de financement du sanitaire et du social tout en améliorant la prise en charge de la population et en assurant à chaque acteur du système des moyens financiers reconnus comme équitables par lui-même ». Il va donc s'agir dans ce travail d'analyse d'élaborer des hypothèses à partir des travaux d'Ostrom sur les parties prenantes concernés par les situations d'action permettant une véritable co-construction d'outils de pilotage et de régulation de la santé, puis de préciser les

conditions à offrir à ces acteurs pour qu'ils puissent réellement développer leur expertise et améliorer leurs outils. La partie déductive n'est pas présentée dans ce papier mais elle fait l'objet d'un projet de recherche intitulé « TCS : Tarification au Cycle de Soins » agréé par la Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin de Nantes et pour lequel les premiers chantiers d'expérimentation devraient être ouverts au cours du premier semestre 2013. Les hypothèses présentées ici prendront la forme de principe cherchant à mieux appréhender les conditions de succès d'institutions propres aux acteurs impliqués dans la gestion d'un bien commun, le financement collectif de la santé et du social favorisant la préservation de la ressource rare et permettant à chacun des acteurs d'assurer sa pérennité.

2.1 CO-CONSTRUCTION AVEC QUI ?

Si les situations d'action concernant un bien commun tel une prairie commune, une zone de pêche ou encore une réserve aquifère permettent de concevoir assez facilement les limites au moins géographiques de la situation concernée et, par voie de conséquence, les acteurs impliqués dans la conservation de la ressource rare, cela est moins évident quand il s'agit d'une ressource de financement collective. Répartie par projet, par territoire, par nature de dépenses, par population, par objectifs prioritaires ou encore globalisées, les finances collectives contrairement à de l'herbe, de l'eau ou du poisson peuvent être distribuées sous différentes formes, de différentes façons et à des cibles variées. Nous commencerons par présenter le concept de situation d'action avant d'envisager qu'elles pourraient être les situations d'action pertinentes en matière de santé en France.

211. La situation d'action au sein du cadre Analyse et Développement Institutionnels

La situation d'action est le concept central du cadre '*Institutional Analysis and Development*', ou « Analyse et Développement Institutionnels » (ADI) en français, élaboré dans une série d'articles entre 1975 et 2005 au sein de l'équipe réunie autour des Ostrom (Ostrom V., 1975 ; Kiser et Ostrom, 1982 ; McGinnis, 1999a, b, 2000 ; Ostrom, 1986, 2005 cité dans Ostrom 2011 p. 25). Ce cadre donne une ossature pour comprendre les relations humaines et leurs résultats dans différents contextes institutionnels. Il articule, pour chaque hypothèse de recherche, le plus général au particulier. Ainsi, le cadre ADI accueille l'ensemble le plus large de variables étudiées par les chercheurs intéressés par une dynamique institutionnelle, il s'agirait dans notre cas du système de santé français. « *Il fournit aux chercheurs un langage métathéorique permettant de discuter toute théorie particulière ou de comparer les théories entre elles* » (Ostrom, 2011, p. 25). Une théorie, quant à elle, sert à expliquer une partie des résultats observés dans le cadre et les relations qu'ont ces résultats avec les variables institutionnelles. Toutes les théories utiles à l'explicitation des résultats peuvent être mobilisées dans un cadre donné pourvu qu'elles apportent de la connaissance. Enfin, un modèle cherche à tester certaines hypothèses précises à l'intérieur d'une théorie. Les chercheurs pourront identifier les variables qui influent sur les résultats institutionnels étudiés. Par exemple, Ostrom mobilise la théorie des jeux dans ses travaux et elle reconnaît elle-même le pouvoir explicatif du jeu du dilemme du prisonnier dans des situations où les acteurs ne se connaissent pas, ne peuvent pas communiquer et donc élaborer des règles institutionnelles ensemble (Ostrom, Gardner et Walker, 1994), alors qu'elle s'est attachée à montrer durant toute sa carrière que ce jeu n'était pas pertinent pour expliquer toutes les situations institutionnelles concernant des biens communs.

Dans le cadre ADI, si les variables externes prennent une place très importante, l'unité d'analyse est la situation d'action qu'E. Ostrom représente ainsi :

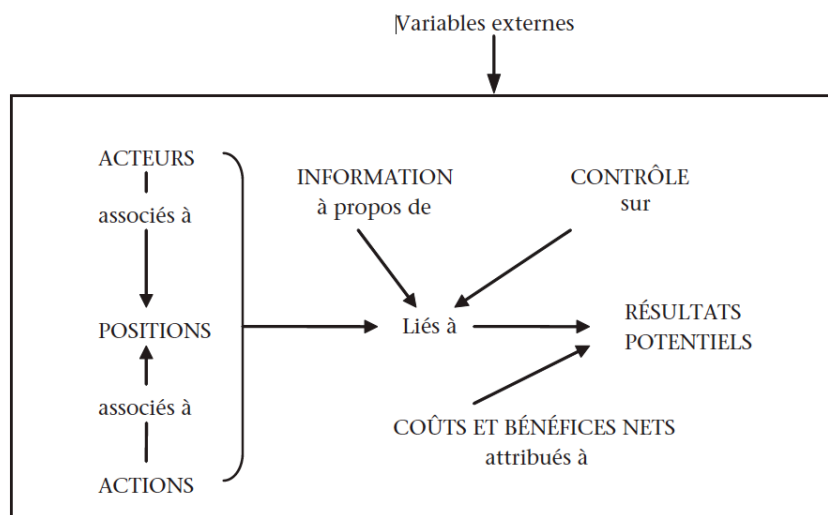


Figure 1 : La structure interne d'une situation d'action (Ostrom, 2011, p. 28)

Chaque acteur à l'intérieur d'une situation donnée va être identifié et décrit, en précisant notamment quel est le mode de choix individuel que le théoricien lui attribue. Il sera aussi nécessaire de préciser sa position dans la prise de décision : est-il le premier à jouer ou le sera-t-il dans un rang ultérieur ? Il pourra à chaque nœud décisionnel engager un certain nombre d'actions qui participeront à la définition de ses positions. Ainsi à chaque nœud de l'arbre décisionnel, l'acteur a une position, il dispose d'une certaine quantité d'information qu'il convient de décrire, il existe aussi à ce nœud un ensemble de règles qui lient les acteurs et leurs actions entre eux. Cet ensemble d'éléments permet de produire des résultats intermédiaires ou finaux auxquels chaque acteur attribuera des bénéfices et des coûts qu'il sera en capacité de décrire.

212. Les situations d'action pour la santé en France

Quand nous transposons cette description de la 'situation d'action' dans le cadre du système de santé français, nous pouvons convenir qu'ils existent d'innombrables contextes décisionnels pouvant répondre à cette définition assez large. Or, en positionnant les financements collectifs comme les biens communs à préserver, à pérenniser, et à utiliser avec la plus grande efficacité, il est possible d'identifier quelques situations caractéristiques prometteuses d'amélioration pour les patients et le système lui-même. La première serait essentiellement centrée sur un territoire de santé, elle nous donnera l'occasion de donner une description des acteurs à mobiliser. La seconde serait en lien étroit avec une population de patients types, donc identifiée sur des critères médicaux. Enfin la troisième correspondrait aux différents niveaux de prise de décision de répartition des moyens de financement.

Un premier type appuyé principalement sur des critères d'aménagement du territoire et de couverture de santé pourrait concerner plus particulièrement les territoires de santé les moins bien dotés. Il est directement inspiré des travaux sur les biens communs naturels et il suggère que tous les financements sanitaires et sociaux orientés sur un territoire donné (territoire de santé, bassin d'emploi, autre unité territoriale) pourrait constituer un pool de ressources financières que les acteurs du territoire devraient gérer de la manière la plus efficace et économe possible au regard des objectifs fixés avec les échelons territoriaux plus globaux. Tous les acteurs seraient sollicités pour élaborer les règles de fonctionnement les plus efficaces pour le territoire et sa population. Au premier chef, nous trouverions les professionnels de santé tels que : les différents médecins (généralistes, spécialistes), les autres professionnels (infirmières, pharmaciens, dentistes, les autres professions paramédicales, etc.), et tous les cabinets regroupant des médecins organisés en association ou en coopérative. Nous retrouverions aussi les représentants des structures c'est à dire tous les directeurs des établissements sanitaires et sociaux administrés aussi bien sous forme publique, privée ou associative, et les employeurs du secteur aussi bien ceux fournissant du travail directement en lien avec les bénéficiaires que les emplois induits par l'activité (telles que les associations caritatives). Il y aurait aussi les financeurs avec les représentants des organismes de financement sociaux comme la Sécurité Sociale, mais aussi les mutuelles et les assurances privées, et les représentants des pouvoirs publics tels que les chargés de mission de l'Agence Régionale de Santé, les services sanitaires et sociaux communaux ou

intercommunaux et éventuellement départementaux. Enfin, les pourvoyeurs d'information statistiques à savoir la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (drees) et encore, des citoyens ou leurs représentants devraient être mobilisés dans ce groupe d'acteurs.

Un second type serait beaucoup axé sur des critères médicaux de prise en charge globale d'une population de patient sur un territoire donné. Il s'agirait alors de réunir, pour un même département ou une même région suivant l'étendue géographique des pratiques de prise en charge réelle des patients, tous les acteurs concourant au cycle de soins de la population étudiée. Le bien commun qu'aurait à gérer ces appropriateurs consisterait dans l'affectation d'un financement collectif proportionnel à la fois aux critères de qualité reconnus par tous pour définir une prestation satisfaisante pour les patients et au nombre de personnes prises en charge dans le dispositif. Ils auraient entre autres à atteindre les objectifs globaux en terme de santé de la population, à trouver la juste rémunération de chacun des acteurs producteur de soins ou de prise en charge sociale et à ajuster leur action en fonction des innovations, des changements dans la population et des ajustements nécessaires au niveau global. La description des personnes impliquées dans l'élaboration de ces cycles de soins se rapproche de celle décrite précédemment.

Enfin, un troisième type de situations d'action pourrait correspondre, au moins dans une phase transitoire du dispositif, aux différents niveaux de prise de décision existant actuellement dans la répartition des moyens de financement de la santé. Outre la négociation de l'ONDAM au niveau national auquel il faudrait adjoindre des critères d'efficacité du système en termes de qualité-sécurité-délai-accès, l'échelon régional avec l'actuelle organisation au moyen d'Agence Régionale de Santé semble incontournable. De plus, les diagnostics territoriaux menés par les ARS identifient au minimum encore l'échelon départemental voire un territoire de santé plus petit s'apparentant certainement très fortement, à cet échelon-là, aux situations d'action du premier type. Pour les situations départementales ou régionales, l'élaboration de la situation d'action conduisant la gestion du financement commun de la santé pourrait difficilement se faire sans un système de représentation respectant la démarche initiée au niveau le plus local. Ceux sont ces situations d'action auxquelles il va falloir essayer de donner naissance en cherchant à amener toutes les conditions extérieures à la situation d'action interne les plus proches possibles des principes vertueux d'un développement institutionnel responsable et pérenne pour les biens communs.

2.2 CO-CONSTRUCTION COMMENT ?

Etant donné que nous utilisons les travaux d'Ostrom (2010) sur l'analyse du choix constitutionnel dans une démarche hypothético-déductive et pas inductive, tel que ce modèle a été créé, il nous paraît nécessaire d'élaborer à partir du modèle proposé un ensemble de principes vertueux devant permettre l'évolution de situations d'action existantes vers des situations permettant une véritable gestion durable des ressources de financement de la santé.

La dynamique interne de chacune de ces situations est caractérisée par quatre variables qui vont entrer en résonance avec les variables externes que nous allons détailler. Chaque acteur sera capable de se forger d'une représentation des bénéfices et des coûts escomptés de la situation existante, il connaîtra aussi les normes internes du système auquel il participe et il va naturellement pratiquer une actualisation des bénéfices futurs en fonction de sa sécurité économique et physique, le taux d'actualisation des bénéfices futurs augmentera avec l'accroissement de l'insécurité. Il sera alors confronté à un choix assez simple quand à l'évolution des règles institutionnelles : soit œuvrer pour le maintien des règles de *statu quo*, soit participer au changement de règles par l'adoption de nouvelles stratégies. Son choix est généralement assez limité dans la mesure où la décision finale n'est pas individuelle mais collective. Tout du moins il est loin d'être seul à élaborer les nouvelles conditions d'exploitation de la ressource commune. Voyons comment les variables relatives au monde externe peuvent favoriser l'évolution vers de nouvelles règles à travers quatre idées phare : la stratégie incrémentale, la nécessaire autonomie des acteurs, la communication et les normes partagées et enfin, le recours à un surveillant officiel.

221. Stratégie incrémentale

L'approche d'Ostrom sur les changements institutionnels est radicalement différente de l'optimisation néo-classique de l'acteur économique.

Au lieu de considérer les décisions relatives aux changements de règles comme des processus de calcul mécaniques, une meilleure position théorique consiste à voir les choix institutionnels comme des processus de réalisation de jugements informés sur des coûts et des bénéfices incertains. (Ostrom, 2010, p. 246)

Ainsi, quand des signes de raréfaction, voire de disparition de la ressource sont clairement appréhendés par les acteurs concernés par une situation, les processus d'évolution institutionnel relèvent plus des travaux de la psychologie sociale que du calcul économique d'optimisation. A ce propos, la psychologie nous enseigne que les individus accordent plus importance au risque de pertes potentielles qu'aux bénéfices futurs qu'ils pourraient obtenir de cette situation. Toutefois, il faut pour que des décisions de restriction de prélèvement de la ressource soient adoptées, comme nouvelle règle, que les acteurs soient convaincus des risques encourus par chacun et de l'imminence de la situation.

A 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'appropriier 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.

Dans le contexte particulier, où nous nous trouvons, il s'agirait d'offrir dans un premier temps aux acteurs des types de situation d'action numéro un et deux, des signaux clairs de risque de baisse de la ressource de financement en leur assurant de pouvoir mettre en œuvre des stratégies incrémentales de changement propre, en leur assurant une autonomie certaine.

222. Autonomie des acteurs

En effet, ce que perçoivent avec la plus grande acuité les acteurs d'une situation d'action, ce sont les coûts de transformation des règles. Ils savent quels efforts devront être investis, quelles ressources matérielles et humaines devront être consacrées à l'élaboration des nouvelles règles et à leur mise en œuvre. S'ils comprennent que l'autorité de tutelle fait grimper les coûts de transformation au-delà des bénéfices futurs escomptés, ils éviteront d'entrer dans le processus avant d'avoir commencé tout changement. Pourtant, le pouvoir politique et les autorités tutélaires peuvent devenir garants de l'autonomie institutionnelle des acteurs.

Les situations dans lesquelles les appropriateurs d'une ressource commune seront amenés naturellement à collaborer sont finalement assez rares sur la terre et inexistante dans le contexte qui nous intéresse. En effet, selon Ostrom (2010, p. 250) pour que des acteurs se mettent de leur propre chef à pratiquer des changements incrémentaux dans leurs règles d'appropriation de la ressource, il faut que leur situation interne ait les caractéristiques suivantes : (i) la majorité des appropriateurs sont convaincus qu'ils subiront un préjudice s'ils ne changent pas les règles, (ii) ils seront chacun affectés de manière similaires par les changements, (iii) ils ont en majorité un taux d'actualisation faible donc ils veulent voir la ressource perdurer dans le temps, (iv) ils disposent facilement des coûts liés à l'information, à la transformation et à l'application des règles, (v) ils disposent collectivement d'un capital social commun fait de confiance et de réciprocité, et (vi) le groupe d'appropriateurs est relativement petit et stable. Nous pouvons convenir aisément que cette situation interne n'existe pas dans le financement de la santé et c'est pourquoi la tutelle va devoir amener les conditions du succès, tout en respectant l'autonomie.

Selon les expériences observées sur les autres biens communs, l'état ou des autorités locales peuvent avoir un rôle positif à plusieurs niveaux. Ils peuvent être les garants d'une autonomie locale importante pour les acteurs en n'augmentant pas les coûts de transformation des règles, en participant à l'apport d'information sur les coûts et les bénéfices actuels et futurs, mieux, ils peuvent aussi être à l'initiative d'instances d'application des règles et mieux encore offrir des lieux et des temps permettant l'éclosion des choix institutionnels et la résolution des conflits (Ostrom 2010, p. 251). Le pouvoir politique joue alors un rôle de contrepoids face à des variables externes négatives pour l'avènement de

solutions de préservation et de gestion durable de la ressource rare en respectant une condition fondamentale, l'autonomie des acteurs. Cela impliquerait dans le contexte qui nous intéresse de favoriser la communication et l'émergence de normes partagées pour les situations d'action de type numéro un et deux qui aurait en charge la responsabilité d'une population de patient ou un territoire.

223. Communication et normes partagées

Pour qu'un avenir commun puisse être envisagé, dessiné et que les acteurs s'engagent dans sa direction, la communication dans un premier temps et l'apparition de normes partagées sont indispensables pour entrer dans une dynamique de gestion durable de la ressource de financement. En effet, les acteurs d'une situation d'action doivent se connaître, se reconnaître et convenir du rôle de chacun. Pour cela, ils devront se doter de dispositifs permettant la présentation de chacun, la communication, l'identification des contraintes des uns et des autres et la reconnaissance qu'ils partagent un avenir en commun.

Ainsi serait-il nécessaire de prévoir des moyens physiques, comme des réunions de groupes de pairs, ou de façon plus formelle, des constitutions d'association. Alternativement, des moyens virtuels pourraient être mobilisés, tels que des communautés d'internautes (réseaux sociaux) ou des plateformes de services pour offrir aux acteurs d'une situation donnée les moyens de communiquer efficacement. Il existe d'ailleurs déjà certains médecins et professionnels de santé qui ont élaboré un système d'information partagé afin d'effectuer une vigilance renforcée et surtout coordonnée pour le territoire de santé dans lequel ils exercent. Cela leur permet notamment d'assumer plus efficacement leur responsabilité en matière de vigilance et d'identification des risques épidémiques.

En prolongeant ces premières expériences dans une démarche plus large, il s'agirait alors d'avoir la possibilité non seulement d'échanger des informations, mais véritablement de formuler des points de vue, afin de permettre l'élaboration de consensus, de normes sociales partagées et au final, voir apparaître de la part des acteurs la reconnaissance qu'ils partagent un avenir pour la situation dans laquelle ils se trouvent. On peut alors observer des phénomènes décrits par Coleman (1990) d'après Ostrom (2010, p. 244) où les individus déviant des règles admises sont soumis à des coûts, tant sociaux et externes, que psychiques et internes. Outre les sanctions pour non-conformité venant des autres acteurs de la situation d'action, les effets sont prolongés pour l'individu sous la forme de culpabilité, d'anxiété ou de perte de confiance en soi, ce qui conduit à l'internalisation des normes sociales par l'individu. Compte tenu de la culture professionnelle et éthique du secteur d'activité qui nous intéresse, il ne serait pas étonnant qu'avec de la communication et la reconnaissance de normes partagées, ces processus de régulation par la norme sociale puissent être à l'œuvre dans le présent cadre d'analyse. Reste enfin à permettre à cette communauté de se doter des moyens de dessiner son avenir, notamment à travers sa capacité à appréhender les bénéfices.

224. Recours à un surveillant officiel

Une des parties les plus complexes dans les institutions assurant la gestion de biens communs soumis à une forte incertitude réside dans la capacité des acteurs impliqués à mesurer les bénéfices nets futurs d'un ensemble de règles alternatives à celles de la situation connue. Ces bénéfices nets sont évidemment positifs, à défaut de quoi les calculs n'iraient pas plus loin. Ils sont composés à la fois des flux futurs générés par la ressource déduits des coûts de transformation des règles et des coûts de surveillance et d'application des nouvelles règles. Ostrom (2010, p. 234) les résume le besoin d'information relatifs à ces bénéfices nets à travers cinq questions :

- quels seront à l'avenir les flux de ressources prévisibles par rapport aux règles en vigueur ?
- quelle est la variabilité possible du flux de ressource entre les règles proposées et celles du *statut quo* ?
- quelle implication sur la qualité avec les nouvelles règles par rapport aux existantes ?
- pendant quelle durée la ressource générera-t-elle des flux avec ces nouvelles règles par rapport aux anciennes ?
- et enfin, les conflits seront-ils diminués, maintenus ou augmentés par l'ensemble des règles proposées ?

Bien évidemment, si la situation d'action permet d'identifier qu'il y a un avenir commun aux acteurs, la représentation des bénéfices futurs dans tous leurs composants doit être partagée par le plus grand nombre des appropriateurs afin qu'elle constitue une base de référence commune pour l'évaluation. Or on comprend assez aisément que la somme d'informations à collecter excède largement la capacité de collecte, et plus la capacité de traitement d'information de chaque acteur de la situation d'action. C'est notamment la situation qui s'est proposée aux parties prenantes de l'aquifère de Raymond aux Etats-Unis, où E. Ostrom a noté le rôle fondamental des services tutélaires. Par leur apport d'informations géologiques et sur la gestion des eaux aux institutions créées, ces dernières ont pu mieux gérer la ressource commune.

Dans d'autres situations, il est apparu pertinent, dans certaines situations à l'intérieur d'un monde chargé de la gestion d'une ressource rare, de recourir à l'intermédiation d'un surveillant officiel. Son rôle consiste à collationner l'information sur le niveau d'appropriation de chacun et l'état de la ressource. Ce surveillant officiel peut prendre diverses formes organisationnelles. Il peut devenir par exemple une coopérative chargée de la commercialisation des flux tirés de la ressource, comme dans le cas de la gestion d'une zone de pêche, ou encore un agent local des communaux assermenté pour collecter toutes les données relatives aux prélèvements sur la ressource comme pour une zone aquifère.

Dans le cas des financements collectifs de la santé, l'évaluation des bénéfices bruts futurs ne devraient pas poser trop de problème car ils seraient pourvus de fait sous forme monétaire excluant les risques de fluctuations liés aux marchés. Mais ils pourraient être fortement impactés par des mouvements de baisse structurels tels que les connaissent déjà aujourd'hui d'autres services publics, comme la justice (moins 5% sur le budget 2013) par exemple. L'évaluation des coûts de transformation, de surveillance et d'application des nouvelles règles ne devrait pas être plus aisée dans ce contexte particulier. Toutefois les acteurs, d'une situation d'action sur un territoire de santé local ou responsable d'une population de patient type, seront confrontés à une double injonction d'une part de maintien de la qualité voire de son amélioration et d'autre part à une réduction des ressources financières due à un contexte général dégradé. Il y a alors fort à parier que leurs premiers efforts se porteront sur la réduction des coûts propres à chaque acteur liés aux transactions défectueuses qui les lient les uns aux autres, afin de conserver leur budget de fonctionnement intact tout en améliorant la qualité, la sécurité, les délais et l'accessibilité pour la population dont ils auront la charge.

CONCLUSION

Dans cette présentation, une analyse a été menée sur le domaine de la santé à partir de principes élaborés en Economie Politique avec une perspective clairement pluridisciplinaire.

En identifiant les financements collectifs de la santé comme des biens communs au sens étudié par Ostrom dans de nombreux travaux, nous développons une analyse alternative des phénomènes de dépenses galopantes de la santé ou encore de surconsommation des actes médicaux et nous proposons une approche globale renouvelée mettant en avant une maîtrise de l'économie de la production appuyée d'un point de vue opérationnel sur la « Tarification au Cycle de Soins ».

Approfondissant les travaux sur les biens communs et sur la dynamique de création des institutions transposés au champ de la santé, nous dessinons les frontières d'un cadre permettant l'épanouissement d'habiletés stratégiques des opérateurs et des acteurs publics grâce à des mécanismes renouvelés de gouvernance, basés sur l'autonomie, la confiance et la concertation. Ce cadre devrait permettre l'élaboration d'instruments de pilotage ou de mesure co-construits par des acteurs impliqués dans des situations d'actions locales centrées sur un territoire ou une population de patient type.

L'ensemble des ressources conceptuelles tant sur les budgets communs, que sur le cadre 'Analyse et Développement Institutionnel' que sur le cadre pour l'analyse du choix institutionnel nourrissent la réflexion sur les espaces propices à la co-production de l'action et permettent d'identifier à la fois l'espace pertinent pour l'action collective, sur le rôle des pouvoirs publiques et des opérateurs centraux, le nécessaire décloisonnement du système de santé et la forme que les instruments de pilotage et de management des acteurs de santé impliqués dans une démarche coopérative pourraient prendre.

BIBLIOGRAPHIE

- Angelé-Halgand, N., Garrot, T., (2012). Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital : une approche par les biens communs. Communication au Colloque international AIRMAP. 5 et 6 décembre 2012. Université Panthéon-Assas. Sorbonne Université. Paris. France.
- Brubaker E. R. (1997), « The Tragedy of the Public Budgetary Commons », *Independent Review*, Vol. 1, Edition 3, p. 353-370.
- Coleman J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Harward University Press.
- Fédération Hospitalière de France (2012), Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés », publiée le 4 Juillet 2012.
- Georgescu, I., Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité - Contrôle - Audit* 18 (3): 67-96.
- Hardin, G. (1968), « The tragedy of the commons », *Science*, 162, p. 1243–1248.
- Kaplan R. S. and Porter M. E. (2011). The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Careby. *Harvard Business Review* septembre 2011 : 1-18.
- Kiser L. L. et E. Ostrom (1982), « The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Synthesis of Institutional Approaches », in *Strategies of Political Inquiry*, ed. Elinor Ostrom, 179-222. Beverly Hills, CA: Sage.
- 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.
- Mallot J. (2010), Rapport d'information n° 2556 déposé à l'Assemblée Nationale par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital, Paris, 506 pages.
- McGinnis M. D., ed. (1999a), *Polycentric Governance and Development: Readings from the Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- McGinnis M. D., ed. (1999b), *Polycentricity and Local Public Economies: Readings from the Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- McGinnis M. D., ed. (2000), *Polycentric Games and Institutions: Readings from the Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Moidson J.-C. (2009), « Quelques réflexions autour de l'évènement V11 » *Perspectives Sanitaires et Sociales*, 2009/11/12, 16 p.
- Ostrom E. (1986), « An Agenda for the Study of Institutions », *Public Choice*, 48(1): 3-25.
- Ostrom E. (2005), *Understanding Institutional Diversity*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ostrom, E. (2006). The value-added of laboratory experiments for the study of institutions and common-pool resources. *Journal of Economic Behavior & Organization* 61: 149-163.
- Ostrom, E. (2010). *Gouvernance des biens communs : pour une nouvelle approche des ressources naturelles*. Bruxelles: De Boeck DL.
- Ostrom, E. (2011). Par-delà les marchés et les états La gouvernance polycentrique des systèmes économiques complexes. *Revue de l'OFCE / Débats et politiques* 120 : 15-72.
- Ostrom E., R. Gardner et J. Walker, 1994, *Rules, Games et Common-Pool Resources*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Ostrom V., 1975, « Language, Theory and Empirical Research in Policy Analysis », *Policy Studies Journal*, 3(3): 274-82.
- Pepin M., Moisdon J.-C., (2010), « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Etude qualitative d'un échantillon de huit

établissements », Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques Dossier Solidarité et Santé n°16, Paris, 24 p.

Porter, M., Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*. New-York: Harvard Business School Press.

Raudla, R. (2010). Governing budgetary commons: what can we learn from Elinor Ostrom? *European Journal Law Economics* 30: 201-221.

Runge, C. F. (1981). Common property externalities: Isolation, assurance and resource depletion in traditional grazing context. *American Journal of Agricultural Economics* 63(4).

Velasco, A. (1999), « A model of endogenous fiscal deficits and delayed fiscal reforms », in J. M. Poterba & J. von Hagen (Eds.), *Fiscal institutions and fiscal performance*, University of Chicago Press, Chicago, p. 37-58.

Velasco, A. (2000), « Debts and deficits with fragmented fiscal policymaking », *Journal of Public Economics*, Vol 76, Issue 1, p. 105-125.

Weingast, B. R., Shepsle, K. A., & Johnsen, C. (1981), « The political economy of benefits and costs: A neoclassical approach to distributive politics », *Journal of Political Economy*, Vol 89, Issue 4, p. 642-664.