

Réification à l'hôpital, un EIG évitable ?

Nathalie ANGELÉ-HALGAND Maître de conférences hors classe, habilitée à diriger des recherches, responsable du département en management de la santé, faculté de médecine de Nantes

Les réformes du système de santé menées depuis trente ans ont pour principal objectif de contenir les dépenses de santé, sans y parvenir de manière satisfaisante, dans le cadre global d'une financiarisation de la santé. La logique financière que la T2A exerce sur les établissements met les équipes sous pression avec des conséquences explosives en matière de risques psychosociaux, et potentiellement pour la sécurité du patient. Ce qui peut être qualifié d'événement indésirable grave peut-il être évité et, si oui, comment ? Cet article analyse les mécanismes de régulation de la santé. Il en montre les limites, pointant les effets de réification de l'humain portés par les dispositifs de contrôle de gestion d'un hôpital financiarisé. Un modèle alternatif est proposé : fondé sur les travaux d'Elinor Ostrom, il consiste à considérer l'égal accès aux soins de grande qualité pour tous, quelles que soient les conditions de revenu des usagers, qu'ils soient actifs ou non, comme un bien commun.

« **N**ous n'avons pas choisi ce métier pour faire ça ! » Cette phrase prononcée par un médecin hospitalier, en réaction aux

dérives induites par la T2A, résume les tensions dans lesquelles les professionnels se sentent pris aujourd'hui, tel un piège qui se refermerait sur eux. Si les risques psychosociaux sont connus depuis des décennies des professions paramédicales¹, le phénomène ne leur semble plus circonscrit. Outre l'encadrement paramédical, les médecins sont désormais concernés par ces conflits de logiques

débouchant sur une perte de sens de l'activité au travail. Les directeurs d'hôpital sont également touchés, bien que cela constitue encore largement un tabou. Si nous disposons aujourd'hui de peu d'éléments objectivant le phénomène auprès de cette dernière catégorie d'acteurs, il n'en est pas de même pour les médecins, pour lesquels les effets de l'*overwork* et l'*extrem work*, ainsi que le *burn-out* font l'objet de travaux à l'étranger², et plus récemment en France³.

Plus précisément, la surcharge de travail des médecins imputable à l'augmentation du temps consacré aux tâches administratives commence à être prise très au sérieux⁴. Certains travaux indiquent que deux tiers des médecins interrogés seraient prêts à accepter une réduction de 10% de leurs revenus en échange d'une diminution substantielle de leurs tâches administratives⁵. Ces niveaux de pression au travail auxquels sont soumis les professionnels soignants mettent à risque la sécurité du patient⁶. Ce qui peut être qualifié d'événement indésirable grave peut-il être évité et, si oui, comment ? Les enjeux de cette nouvelle donne impactent directement les patients potentiels ou actuels, que nous sommes tous. Au nom de la rentabilité, les valeurs de service public, en lien avec la solidarité et l'accès aux soins pour tous, sont de plus en plus questionnées, sur fond de doctrine issue du nouveau management public. Dans son opération de communication menée à l'occasion des dernières présidentielles, Médecins du monde interpellait chacun des candidats avec un slogan accrocheur : *Comment la santé est devenue un produit de luxe*. En dénonçant la marchandisation de la santé, l'ONG souligne régulièrement le phénomène d'exclusion de la frange la plus fragile de la population. Son dernier rapport sur l'accès aux soins en Europe, publié en mai 2015⁷, met en exergue la situation critique des femmes enceintes et des enfants.

À l'heure où certains acteurs parient sur une prochaine transformation de notre système de santé fondé sur l'ouverture d'un secteur privé assurantiel, nous proposons les réflexions suivantes : quelles seraient les issues possibles à ce qui peut apparaître comme une impasse ? Comment sauvegarder la dimension de service public de notre système de santé, autrement dit l'égal accès aux soins de grande qualité pour tous à l'hôpital, quelles que soient les conditions de revenu des usagers, qu'ils soient actifs ou non ?

La régulation fondée sur la T2A est analysée ici pour montrer les limites – actuellement atteintes – en matière de réification de l'humain et pour dévoiler les mécanismes sous-jacents de la financiarisation de l'hôpital. Un modèle alternatif fondé sur les travaux d'Elinor Ostrom, économiste institutionnaliste américaine, sera ensuite proposé. Il invite à considérer comme un bien commun l'égal accès pour tous aux soins de grande qualité. Cette perspective radicalement différente pourrait bien être notre dernière chance de pérenniser notre système de santé au sein du service public.

Réification de l'humain dans le soin et financiarisation

La réification traduit le déni de reconnaissance par l'oubli ou la dénégation. Honneth (2007) distingue deux formes de réification. La première est générée par le surinvestissement dans un objectif qui induit l'oubli du contexte de l'action qui rend possible la performance : le joueur qui se laisse emporter par son désir de battre son adversaire en oublie que ce dernier est son ami, réifiant celui-ci. La deuxième est induite par une idéologie surplombante. Elle fait oublier, à celui qui y adhère, la reconnaissance de ce qui existait avant qu'il ne cède à cette emprise.

La montée du risque de réification de l'humain

Des signes nous alertent sur les risques de réification de l'humain dont sont porteurs les principes de fonctionnement des établissements de santé, sous la pression de la logique financière induite par la T2A⁸. Précisons que les cas que nous allons présenter sont issus d'une série d'entretiens ou puisés dans la littérature ; tous concernent des établissements publics, dans lesquels la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance opère comme un levier de la logique financière de la T2A, ou bien des établissements privés à but non lucratif (ex-PS-PH).



Sont concernés à la fois le patient et les équipes soignantes, avec parfois une double réification du patient et des professionnels. Ainsi en est-il de la priorité qui peut être accordée aux nouveaux patients en oncologie, sachant qu'ils présentent une forte probabilité de se voir prescrire une chimiothérapie, particulièrement bien valorisée par la T2A, en comparaison avec une consultation de suivi. Il en est de même pour les chimiothérapies avec la pratique consistant à les administrer par voie veineuse plutôt qu'orale, ou avec celle consistant à préférer des cures de dix-huit injections au lieu de six, sans raison médicale, sachant qu'il s'ensuit une augmentation des recettes perçues

Les dispositifs de contrôle de gestion contribuent à construire un régime de visibilité des professionnels de santé, appuyés sur les thèmes de la transparence et de pilotage des performances.

par l'établissement. Plus grave, certains médecins relatent des cas de patients en phase terminale à qui l'on administre une chimiothérapie curative pour des raisons qu'ils identifient comme relevant du financier. Le cas le plus frappant est sans doute celui d'un médecin, responsable du comité de lutte contre les infections nosocomiales de son établissement, confronté à un taux d'infections nosocomiales acquises au bloc opératoire quatre fois supérieur à la moyenne nationale. Ces infections concernent une cinquantaine

1. Ruiller, 2012A ; Ruiller, 2012B, Gheorghiu et Moatty, 2015 ; Couty et Scotton, 2013 ; Patin et al. 2015.
2. Dumont et al., 2008 ; Potter, 2006 ; Viviers et al., 2008 ; Jarral et al., 2015.
3. Voir notamment Georgescu et al., 2014 et Weber, 2015.
4. Powell, Savin et Savva, 2012 ; Gottschalk et Flocke, 2005.
5. Mc Cormick et al., 2004.
6. Diwas, C. Terwiesch, 2009 ; Coit et al, 2010, Mazur et al., 2014.
7. Médecins du monde, « Accès aux soins en Europe », rapport 2015.
8. Angelé-Halgand et Garrot, 2015.



de patients par an. Le plan d'actions qu'il élabore avec son équipe, sur la base de l'*evidence-medicine*, est assorti d'un budget s'élevant à 8000 €. Le tout est transmis au contrôle de gestion de son établissement, qui revient vers le responsable médical en lui faisant remarquer une sous-estimation du coût prévisionnel de l'opération, qui n'intègre pas le manque à gagner issu de la réhospitalisation des cinquante patients atteints d'infections nosocomiales. Finalement, le plan d'actions ne sera pas mis en œuvre.

Les limites afférentes au modèle de calcul du coût et à l'ENCC conduisent en France à un phénomène, étudié en Grande-Bretagne, qui se traduit par une dictature de la moyenne : elle s'impose à tous comme une norme.

Si ces différents cas ne sont pas représentatifs des pratiques à l'œuvre, la recherche que nous avons menée présente l'intérêt de mettre en évidence la possibilité de leur existence. Ces exemples pointent une logique financière dans laquelle le patient apparaît comme générateur de revenu avant d'être considéré au prisme de la dimension humaine qui est centrale dans l'identité des soignants. Les médecins sont également pris en tenaille entre la nécessité de préserver mais, plus souvent, de restaurer l'équilibre financier de leur pôle et les logiques humanistes : « *Quand vous avez des patients qui sont là pour des raisons plus sociales que médicales, si vous avez une partie de votre cerveau qui est sur le mode gestion, il vous dit que ça va vous faire perdre de l'argent. Et puis l'autre côté de votre cerveau vous dit que vous ne pouvez pas le renvoyer, chez lui ou dans la rue, je n'aurai pas rempli ma mission.* »⁹ Les objectifs de l'institution en matière d'activité sont relayés

par les médecins en situation de responsabilité, comme l'illustre le *verbatim* suivant recueilli par Georgescu et Naro (2012) auprès d'un interniste : « *Pas d'activité, pas de sous ! C'est le message qu'on nous fait passer. Pas de sous, pas de moyens, pas de progression ! Le chef du pôle a les chiffres, il nous dit "on est en retard, il faut coder, les hospitalisations durent trop longtemps, il faut augmenter le nombre d'admissions". On sent qu'on a une responsabilité dans le financement futur.* »

La financiarisation de l'hôpital

Ces phénomènes de réification à multiples étages sont portés par un arsenal comptable et financier, emprunté à l'entreprise, qui contribue à contrôler de l'extérieur ce qui se passe à l'intérieur des pôles, rendant transparents les établissements pour la tutelle. Ce modèle de contrôle externe s'inspire fortement du Panopticon de Bentham, qui constitue la base du modèle carcéral, et a été amplement analysé par Foucault. Il repose sur l'intégration par les acteurs de l'idée selon laquelle ils peuvent être en permanence surveillés, ce qui présente un effet dissuasif sur les pratiques dites « déviantes ». Comme l'analyse Foucault (1975, 202-203), il s'agit d'« *induire chez le détenu un état conscient et permanent de visibilité qui assure le fonctionnement automatique du pouvoir. Faire que la surveillance soit permanente dans ses effets, même si elle est discontinuée dans son action (...) bref que les détenus soient pris dans une situation de pouvoir dont ils sont eux-mêmes les porteurs* ». Le rôle joué par les systèmes de contrôle comptables et

financiers dans ce « gouvernement à distance » a été largement étudié au prisme des travaux de Foucault à l'étranger, tout un courant de recherche leur étant d'ailleurs consacré en contrôle de gestion – que l'on retrouve dans les revues anglo-américaines telles que *Accounting, Organization and Society*, *Critical Perspectives on Accounting*, ou encore *Accounting, Auditing and Accountability Journal* – et beaucoup plus récemment en France. Ces travaux s'appliquent à l'hôpital d'aujourd'hui, traversé par le chiffre, à la faveur notamment des tableaux coûts case-mix (TCCM) et plus récemment, des comptes de résultats analytiques (CREA) et comptes de résultat et d'objectifs (CREO) de pôles cliniques et médico-techniques. Ces trois dispositifs contribuent à construire un régime de visibilité des professionnels de santé, appuyés sur les thèmes de la transparence et de pilotage des performances, qui révolutionne le contrôle de gestion hospitalier.

Le TCCM est contemporain du modèle des points ISA (réforme de la comptabilité analytique hospitalière de 1998) et lui survivra lorsque celui-ci sera remplacé par la T2A. Au-delà de sa construction qui met en œuvre un budget flexible rapprochant les coûts de l'établissement considéré, des valeurs moyennes de l'échelle nationale des coûts (à méthodologie commune, ENCC), à volume d'activité équivalent, ce tableau marque un important infléchissement culturel aboutissant à rendre acceptable et à intégrer dans les pratiques ce qui sera nommé *benchmarking*. En lieu et place d'une comparaison à une référence représentant l'excellence, il s'agit de comparer la situation de l'établissement à la moyenne de la base nationale¹⁰. Les limites afférentes au modèle de calcul du coût et à l'ENCC conduisent en France à un phénomène, étudié en Grande-Bretagne¹¹, qui se traduit par une dictature de la moyenne : elle s'impose à tous comme une norme, un objectif vers lequel il faut tendre, au point que les principes de son obtention en soient oubliés. Or, parmi ces principes figure l'absence de lien entre coûts et qualité des soins, ainsi que sécurité du patient : autant de dimensions de la performance censées compléter les aspects court-termistes financiers de celle-ci ; la qualité du management ou du climat organisationnel qui constituent des leviers du pilotage de la performance n'est pas non plus prise en compte dans cette norme.

Plus récemment et à la faveur de la nouvelle gouvernance hospitalière¹², les comptes de résultats analytiques et comptes de résultat et d'objectifs font leur entrée à l'hôpital. Ces comptes de résultats par pôle ne semblent pas, à première vue, porter une force de réification de l'humain. Pourtant, en reproduisant une logique fractale, ces documents tendent à reproduire, pour les pôles, la situation dans laquelle se trouvent confrontés les établissements vis-à-vis de la tutelle, au travers de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Le choix de construire des comptes de résultat en coûts complets fait apparaître le pôle comme une micro-entreprise dont l'objectif de rentabilité devient central au travers du calcul d'un « bénéfice » ou d'un « déficit ». Cet outil conduit à considérer le pôle comme un centre de profit et non comme un centre de coûts, alors que les tarifs de la T2A sont revus tous les ans à la baisse, dans une proportion imprévisible. L'épée de Damoclès que fait peser l'objectif d'un résultat équilibré au responsable de pôle contribue à créer

les conditions d'une surveillance continue qui ne cible plus le patient, mais les professionnels de santé, au premier rang desquels figurent les médecins. Le pôle devient ainsi la cellule à l'échelle de laquelle se met en œuvre le gouvernement à distance permettant à la tutelle d'exercer une surveillance permanente sur les équipes soignantes et de les sanctionner selon leurs résultats financiers. Dans cette configuration, les équipes de direction des établissements voient leurs marges de manœuvre se réduire considérablement et adoptent des logiques d'action défensives en s'alignant sur les injonctions de la tutelle¹³. L'ensemble des échelons sont mis sous pression du bas en haut de la hiérarchie du système.

Sortir de cette spirale exige de changer radicalement de regard sur notre système de santé, avec l'objectif de préserver l'accès pour tous à des soins de qualité.

Sortir de la spirale de la marchandisation

La proposition repose sur un modèle alternatif qui conduit à appréhender les problématiques sous un jour différent. En appui sur les travaux d'Elinor Ostrom, économiste institutionnaliste américaine, il consiste en un accès aux soins de qualité pour tous. Un accès considéré comme un bien commun : il s'agit sur ces bases de chercher à moins consommer et produire de soins, dans le cadre d'un processus de coproduction à développer.

L'accès aux soins de qualité pour tous comme un bien commun

Nous proposons de considérer l'égal accès aux soins de grande qualité pour tous, quelles que soient les conditions de revenu des usagers, qu'ils soient actifs ou non, comme un bien commun (*commons*). Les biens communs correspondent à des ressources naturelles rares dont la préservation est essentielle à la survie d'un collectif (Ostrom, 1990). Il s'agit par exemple

LES PATIENTS, CES EXPERTS

En Suède, certains offreurs de soins intègrent des patients à l'équipe de soins. Dans l'unité d'autodialyse de l'hôpital régional Ryhov (Jönköping), ils activent les dispositifs au moment de leur choix, contrôlent l'ensemble du processus et nettoient les machines après usage. Patrik, ancien dialysé, arrivait à 6 h du matin, soit une heure avant l'équipe soignante. Il passait 20 minutes à régler la machine en fonction de ses besoins, avant de se raccorder pour sa séance. « *C'est beaucoup mieux ainsi, dit-il, on gère seul et on sait tout ce qui va se passer.* » Depuis, Patrik a bénéficié d'une greffe. Il est devenu « assistant de patient » à l'unité. Pour Britt-Mari, infirmière, les patients échangent sur leurs traitements. La relation patient/soignant est équilibrée : « *Les patients participent non seulement à l'utilisation de la machine, mais à l'ensemble du processus.* »
<http://www.kingsfund.org.uk/reports/thefutureisnow/>

9. Georgescu et Naro, 2012.

10. Angelé-Halgand, 2010.

11. Llewellyn et Northcott, 2004.

12. Laude et al, 2015

13. Angelé-Halgand, 2014 (A).

de ressources piscicoles pour une micro-société de pêcheurs qui n'ont d'autre moyen de subsistance. Ou encore d'une prairie fournissant de l'herbe à un troupeau de bovins, dont la taille est trop importante pour une consommation non régulée de la ressource. Les surconsommations ou gaspillages font courir un danger à l'ensemble des brouteurs. Elinor Ostrom a reçu le prix Nobel d'économie en 2009 pour ses travaux visant à mettre à jour les formes de régulation que ces collectifs se sont données pour réguler la consommation de la ressource rare et épuisable. Ainsi, le danger pour le collectif réside dans les comportements opportunistes d'appropriation trop importante de la ressource, qui impactent directement sur ce qui reste aux autres. Ce sont ces comportements déviants par rapport à l'intérêt général que le système de régulation cherche à décourager. Elinor Ostrom souligne l'importance de la coopération qui est favorisée dans le modèle vertueux, se substituant aux mécanismes de mise en concurrence entre les membres du collectif. Ces travaux ont été transposés pour analyser différemment les problèmes soulevés par les biens et services financés de manière collective, dans le cadre des *fiscal commons*. Nous proposons d'opérer un renversement paradigmatique sur la régulation du système de santé en appliquant cette grille, théorique, des *commons*¹⁴. La caractéristique d'un système de santé accessible à tous repose sur un financement collectif intégrant le principe de

solidarité. Or, la conjoncture mondiale rend de plus en plus complexe la pérennisation de ces services avec de telles conditions d'accès. À l'instar de la prairie pour le troupeau de bovins, ces ressources collectives deviennent de plus en plus rares et épuisables. D'autant que la santé n'est pas le seul service public à financer.

L'enjeu est de taille puisque l'alternative qui se profile à la santé, déclinée comme service public, réside dans la création d'un système privé de type assurantiel garantissant à ses assurés des soins de grande qualité, comme il en existe aux États-Unis, en parallèle d'un service public de moindre qualité pour ceux qui ne pourraient supporter le poids financier d'une telle assurance. Une perspective possible dans un horizon assez proche, le système actuel tenant à quelques verrous législatifs qu'un changement d'exécutif pourrait modifier. L'Europe libérale dans laquelle nous évoluons constitue en effet un contexte favorable à l'extension à la France d'un marché assurantiel privé de la santé, avec des stratégies qui se mettent en place au niveau européen.

Voyons à présent ce que suppose un tel changement paradigmatique qui se profile comme une voie de pérennisation à notre système de santé accessible à tous.

Moins consommer et produire de soins, pour coproduire sa santé

La financiarisation actuelle de l'hôpital se traduit par une course à l'activité, recherchée par les établissements pour essayer d'améliorer leur situation financière. Cela s'explique par le fait que le développement de l'activité, mesurée en nombre de séjours, constitue le seul levier qui reste dans les mains des hôpitaux pour tenter de compenser la baisse annuelle des tarifs des séjours, sachant que les évolutions sont imprévisibles d'une année à l'autre, d'un type de patient à un autre. La sélection des projets de nouvelles activités se fait sur un calcul médico-économique démontrant leur « rentabilité », en fonction des tarifs connus. En découle une sélection des patients rapportant de l'argent à l'hôpital, qui complète des objectifs d'augmentation des volumes de patients accueillis sur les activités existantes. Cela se fait le plus souvent à moyens constants ou avec des augmentations d'effectif qui sous-estiment les ressources humaines requises. Ces deux phénomènes contribuent à faire augmenter la pression qui s'exerce sur les équipes soignantes et administratives, mettant en danger tous les échelons, et au final la sécurité des patients. Or, l'augmentation d'activité ne se fait pas systématiquement au bénéfice de la pertinence des soins,

RÉFÉRENCES

- [1] N. Angelé-Halgand, T. Garrot, « Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification ? », *Entreprises et histoire*, 2015 (à paraître).
- [2] N. Angelé-Halgand, T. Garrot, « Les biens communs à l'hôpital : de la "T2A" à la tarification au cycle de soins », *Comptabilité, contrôle et audit*, tome 20, vol.3, 2014, p.15-41.
- [3] N. Angelé-Halgand, « Manager pour réformer l'hôpital : les enjeux de l'efficacité sans délégation », in Djouldem M., De Visscher C. et Tellier G, *Finances et politiques publiques : enjeux politiques et gestionnaires des réformes*, Bruylant, 2014 (A) p.159-186.
- [4] N. Angelé-Halgand, « Tarification au parcours ou au cycle de soins ? », *Revue hospitalière de France*, 2014 (B), Janvier-février, n° 556, p.31-34
- [5] N. Angelé-Halgand, « Entre la tentation du nouveau management public et la prégnance d'un État-Providence conservateur », in F. Palpacuer, M. Leroy, G. Naro, (eds.), *Management, mondialisation, Ecologie-Regards critiques en sciences de gestion*, Paris, Hermès, 2010, p. 235- 255.
- [6] C. Bonhomme, « Six questions à Eric de Roodenbeke », *RHF*, n°561, novembre-décembre 2014, pp.24-25.
- [7] M. Coit, Katz J., G. McMahon, "The effect of workload reduction on the quality of residents discharge summaries", *J. General Internal Medicine*, 2010, 26(1):28-32.
- [8] E. Couty, C. Scotton, « Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux », rapport, ministère des Affaires sociales et de la Santé, , février 2013.
- [9] S. Kc. Diwas, C. Terwiesch, "The impact of workload on service time and patient safety : an econometric analysis of hospital operations", *Management Science*, 2009, vol.55, p. 1486-1498.
- [10] E. Dumont, B. Fortin, N. Jacquemet, B. Shearer, "Physicians' multitasking and incentives: Empirical evidence from a natural experiment", *Journal of Health Economics*, vol. 27 (2008), pp. 1436-1450.
- [11] M. Foucault, *Surveiller et punir – Naissance de la prison*, Paris, 1975, Gallimard, Seuil.
- [12] T. Garrot, N. Angelé-Halgand, A. Oganessian, « Reconfiguration de la gouvernance de la santé par les apports d'Elinor Ostrom », 6^e colloque Santé, Kedge Business School, 2015, Marseille, 8-9 avril.
- [13] I. Georgescu, F. Grima, A. Rivière, L. Prudhomme, "Coping with Paroxysmal Extrem Work: the role of Organizational Citizenship Behavior", 14th congress of European Management, 2014, Valencia, June.
- [14] I. Georgescu, G. Naro, « Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de "RAPM" auprès de praticiens hospitaliers », *Comptabilité, contrôle, audit*, tome 18, vol. 3, décembre 2012, p. 67-96, p.77 et 79.

comme le montraient les travaux réalisés en 2012 par la Fédération hospitalière de France.

Le paradigme des biens communs s'inscrit en faux par rapport à l'objectif de développement de l'activité des établissements de santé. Au contraire de l'incitation actuelle développée par la T2A, il s'agit de tout mettre en œuvre en amont et en aval pour éviter que cette activité curative soit rendue nécessaire. Le mot d'ordre n'est plus « chiffre d'affaires » mais « pertinence des soins ». L'objectif est inversé, il vise à produire le moins possible pour consommer un minimum de ressources collectives. C'est l'ensemble de l'organisation des prises en charges qu'une telle perspective invite à réinventer autour des trajectoires patients. À l'inverse de la concurrence instaurée par la régulation actuelle fondée sur la T2A, avec une contention globale qui prend la forme d'une enveloppe déterminée dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, il s'agit d'inciter les acteurs à coopérer à partir du patient. Et ce afin de produire au minimum des soins en conciliant qualité et coût, sans mettre en danger les équipes.

Le modèle incitatif soutenant une telle proposition est radicalement différent de l'existant. Ainsi, le système de paiement prospectif fondé sur une recette par épisode de soins est à faire évoluer vers une base que nous proposons de nommer « cycle de soins ». L'objet sur lequel repose le tarif n'est plus un épisode de soins, mais un enchaînement d'épisodes autour d'une problématique de santé donnée¹⁵. Un pilote du cycle serait désigné avec la responsabilité de gérer un budget de cycle et de coordonner l'ensemble des acteurs, à partir d'indicateurs de qualité, de sécurité et d'accès. Le cycle partage avec le parcours l'idée d'une meilleure coordination des professionnels du soin autour de la trajectoire du patient. Il va plus loin en intégrant¹⁶ les différentes activités au sein d'une même entité organisationnelle, qui peut être une forme en réseau, mais qui se distingue par une unité de projet, de pilote et de budget.

Un tel schéma supposerait une évolution profonde de la gouvernance de notre système de santé¹⁷, avec notamment une responsabilisation des patients qui seraient incités à consommer moins, pour garantir la pérennité de la configuration. Au-delà, c'est le principe d'un centrage sur la personne et non plus le patient qui est retenu, dans la mesure où le développement de la promotion de la santé et la prévention doit réduire le recours aux soins, de même que l'éducation thérapeutique amène à reconsidérer la place et le rôle du patient : de consommateur passif, ce dernier devient coproducteur de sa santé. Une posture active qui suppose qu'il soit reconnu par les professionnels de santé comme membre

RÉFÉRENCES

- [15] M.D. Gheorghiu, F. Moatty, « L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes », *RHF*, n°562, janvier-février 2015, pp.30-33.
- [16] A. Gottschalk, S.A. Flocke, "Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room", *Ann. Family Medicine*, 2005, 3(6):488-493.
- [17] A. Honneth, *La réification. Petit traité de théorie critique*, Paris, Gallimard, 2007.
- [18] O.A. Jarra, K. Baig, K. Shetty, T. Athanasiou, "Sleep deprivation leads to burnout and cardiothoracic surgeons have to deal with its consequences", *International Journal of Cardiology*, 2015, vol. 179, p. 70-72.
- [19] L. Laude, M. Louazel, C. Baret, F. Fellinger, « Exploration des pôles. Terra Nova du management hospitalier », *RHF*, n°562, février 2015, pp.16-21.
- [20] S. Llewellyn, Northcott, D. "The Average Hospital", *Accounting, Organizations and Society*, 2004, vol. 30, p. 555-583.
- [21] L. M. Mazur, P. R. Mosaly, L. M. Hoyle, E.L. Jones, B.S. Chera, L. B. Marks, "Relating physician's workload with errors during radiation therapy planning", *Practical Radiation Oncology*, vol. 4, issue 2, March-April 2014, p. 71-75.
- [22] D. McCormick, Himmelstein D.U., Woolhandler S., Bor D.H., "Single-payer national health insurance: Physicians' views", *Arch. Intern. Med.* 2004, vol.164, p.300-304.
- [23] Médecins du monde, Rapport sur le droit à l'accès aux soins en Europe, mai 2015.
- [24] B. Patin, S. Crossman, I. Ganon, C. Ruiller, *L'Hôpital, le dessous des cartes*, Les Études hospitalières, Bordeaux, 2015.
- [25] C. Potter, "To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout : a review of the literature", *Australasian Emergency Nursing Journal*, vol. 9, p. 57-64.
- [26] A. Powell, S. Savin, N. Savva, "Physician workload and hospital reimbursement: overworked physicians generate less revenue per patient", *Manufacturing & Service Operations Management*, 2012, vol. 14, n°4, p. 512-528.
- [27] C. Ruiller, « Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital », *Management et avenir*, n° 52, p. 15-34, 2012 (A), p. 19 et 26.
- [28] C. Ruiller, « L'implication affective chez les soignants : l'étude des effets tensions du travail, du burnout et du soutien social du management intermédiaire et de l'équipe », *Revue de psychologie du travail et des organisations*, vol 18, n° 4, 2012 (B), p.1-15.
- [29] S. Viviers, L. Lachance, M.-F. Maranda, "Burnout, psychological distress, and overwork : the case of Quebec's ophthalmologists", *Canadian Journal of Ophthalmology*, 2008, vol. 43, p. 535-46.
- [30] J.-C. Weber, « Jugement pratique et burn-out des médecins », *La Revue de médecine interne*, 2015 (à paraître).

à part entière de l'équipe soignante. Les unités d'autodialyse qui fonctionnent actuellement en Suède illustrent bien ce changement de regard : lorsqu'un patient rencontre un problème, le staff auquel il est intégré se réunit pour trouver collaborativement une solution (voir la vidéo accessible en ligne à partir du dossier intitulé "The future is now" du King's Fund à l'adresse suivante : <http://www.kingsfund.org.uk/reports/thefutureisnow/>).

Nous avons montré dans cet article comment la montée du risque de réification de l'humain dans le soin est étroitement liée à la financiarisation de la santé et comment il est porté par les dispositifs de contrôle de gestion introduits par les réformes successives. Pour sortir de cette spirale de la marchandisation des services publics, un autre modèle est proposé. Fondé sur les travaux d'Elinor Ostrom, il amène à considérer l'égal accès aux soins de grande qualité pour tous, quelles que soient les conditions de revenu des usagers, qu'ils soient actifs ou non, comme un bien commun qu'il s'agit de pérenniser. Cette perspective radicalement différente constitue une voie alternative invitant à revisiter l'organisation et la régulation des services publics. ■

14. Angelé-Halgand et Garrot, 2014.

15. Angelé-Halgand, 2014 (B).

16. Bonhomme, 2014.

17. Garrot et al. 2015.