HAL
open science

Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs

Nathalie Angele-Halgand, Thierry Garrot

To cite this version:

Nathalie Angele-Halgand, Thierry Garrot. Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital: une approche par les biens communs. 2013. hal-00829936

HAL Id: hal-00829936

https://hal.science/hal-00829936v1

Preprint submitted on 4 Jun 2013

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

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

Document de Travail
Working Paper

Lemna

EA 4272

Réconcilier performance et valeurs à l'hôpital : une approche par les biens communs

Nathalie Angelé-Halgand*
Thierry Garrot**

2013/05

*LEMNA - Université de Nantes
** Groupe de Recherche en Management - Université de Nice

INSTITUT d'ECONOMIE et de MANAGEMENT de NANTES - IAE

Laboratoire d'Economie et de Management Nantes-Atlantique
Université de Nantes
Chemin de la Censive du Tertre – BP 52231
44322 Nantes cedex 3 – France
www.univ-nantes.fr/iemn-iae/recherche
Tél. +33 (0)2 40 14 17 17 – Fax +33 (0)2 40 14 17 49

UNIVERSITÉ DE NANTES

RECONCILIER PERFORMANCE ET VALEURS

A L'HOPITAL :

UNE APPROCHE PAR LES BIENS COMMUNS

Nathalie Angelé-Halgand (*)
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
nathalie.angele-halgand@univ-nantes.fr

Thierry Garrot
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

Mots clés : performance hospitalière ; Tarification à l'Activité (T2A) ; biens communs ; Nouvelle gouvernance ; valeurs professionnelles.

(*) Auteur correspondant

Dans le champ des valeurs publiques, la santé apparaît un peu particulière. En effet, s'il est admis en France que la santé devrait bénéficier à tous, il se trouve que la valeur de cette dernière est propre à chaque individu. Comme le note Bozeman (2007) les valeurs privées sont simples à exprimer et n'ont pas besoin de légitimation alors que les valeurs publiques requièrent une agrégation fondée notamment sur des droits sociaux communs. Dans ce contexte, la production des services publics s'avère complexe et la création de valeur est difficilement mesurable avec la nécessité d'arbitrages souvent complexes : quand un établissement public cherche à satisfaire une partie des bénéficiaires, il crée bien souvent de l'insatisfaction pour une autre partie des usagers (Kelly J., 2005). Il y a donc au-delà de la recherche de la performance de l'organisation publique, qui consiste à assumer non seulement la définition des besoins auxquels elle doit répondre, mais aussi à mettre en œuvre le couple 'valeur-coût' jusque dans les plus fins rouages de son organisation (Lorino, 1999), à envisager la santé comme un élément dépassant la seule fonction de production des soins et à rechercher la meilleure performance du système de santé.

La performance hospitalière est aujourd'hui une question brûlante car les réformes financières et organisationnelles véhiculées par le Nouveau Management Public viennent percuter les valeurs médicales et soignantes au cœur même de l'activité professionnelle. Cet aspect est notamment clairement mis en évidence par Francis Fellinger, président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers de l'époque dans son audition par la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) du Sénat, le 7 mars 2012 :

> *« La T2A présente l'avantage d'obliger les établissements à examiner leurs coûts de production. Les responsables médicaux, à la différence sans doute des médecins de base, ont appris très vite, trop vite même, puisqu'ils ont parfois adopté des conduites d'opportunité et d'optimisation. Dans les centres hospitaliers, on raisonne désormais en termes médico-économiques, ce qui n'était pas du tout le cas il y a dix ans et rarement il y a cinq ans. Il n'y pas eu d'étude précise sur le sujet, mais une concurrence s'est établie entre pôles. » (Le Menn J. et Milon A. (2012), p. 206)*

La réforme de financement des établissements hospitaliers, dit de la T2A (tarification à l'activité) met au cœur du fonctionnement des services le contrôle de l'efficience, au sens où les résultats obtenus sont jaugés à l'aune des moyens employés pour les obtenir. Cette démarche est intégrée par les équipes de direction et se diffuse au sein de l'organisation par l'intermédiaire des équipes de pôle, au premier rang desquels se trouvent les « chefs de pôles », les acteurs que Francis Fellinger désigne sous le vocable de « responsables médicaux ». Les pôles issus de la réforme de la « Nouvelle Gouvernance » (NG) conduisent à une restructuration de l'hôpital public sous forme de centres de responsabilité pour lesquels les données produites par la T2A permet un contrôle par les résultats avec tous les attributs techniques connus dans l'entreprise privée et directement transposés aux établissements de santé publics. Le chef de pôle, médecin hospitalier, voit sa responsabilité engagée sur la production d'un résultat comptable dans le centre dont il assume la direction. Chacun des centres étant soumis à la même démarche de comparaison entre pôles, des mises en concurrence tirent le médical vers l'économique remettant en cause du même coup des valeurs fondatrices du service public hospitalier.

Commençant par une illustration approfondie des différents conflits existant entre la performance économique et les valeurs publiques dans les hôpitaux, nous proposons de reverser complètement le paradigme actuellement porté par la T2A et la NG en exploitant les travaux d'Elinor Ostrom (2010) sur les biens communs et leurs prolongements.

Performance et valeur publique devenues inconciliables à l'hôpital ?

Face à l'introduction constante et répétée d'outils de contrôle issus du monde l'entreprise dans le système hospitalier, on assiste à une montée en puissance d'un contrôle de la consommation des

ressources, à travers la notion d'efficience qui vient directement percuter les logiques professionnelles remettant en cause les capacités de résistance des médecins et des soignants.

La montée de la logique d'efficience

CREA ou comptes de résultats analytiques par pôle, contrat de pôle avec la délégation de gestion, face à face avec le contrôle de gestion central, TCCM ou Tableau Coûts – Case Mix, contrôles budgétaires, ou encore indicateurs de performance, autant d'outils qui véhiculent une logique de contrôle essentiellement portée sur les coûts et qui est aujourd'hui relayée par la hiérarchie médicale à travers l'hybridation des compétences des chefs de pôle (Kurunmäki, 2004), devenus « médecins-managers » ayant à gérer un budget et à rendre des comptes auprès de la direction de leur établissement. De même et déjà depuis 2005, les directeurs d'hôpital (DH) ont un véritable système d'intéressement avec l'instauration d'une prime représentant près d'un quart de leur rémunération composée d'une part fixe et d'une part variable, modulable selon la "manière de servir" et les résultats obtenus (Infos.emploipublic.fr, 2011). Au delà de ces éléments factuels, nous allons développer trois situations pour illustrer comment l'efficience s'impose progressivement dans les établissements hospitaliers.

La version 11 de la T2A

La dernière version (V 10) du modèle présentait quelques 600 GHM (Groupe Homogènes de Malades) servant de base pour la tarification, et la nouvelle version 11 est passée à 2300 cas en 2009. L'évaluation de l'impact de cette nouvelle version sur les ressources financières reçus par les hôpitaux montre une baisse de plus de 20% des revenus générés par certains séjours avec des écarts dépassant les 69% pour un même séjour entre la version 10 et la version 11 (Moisdon, 2009). Ces écarts importants s'observent aussi bien au niveau des séjours de patient, que des départements ou des établissements dans leur ensemble. Ainsi, les disparités apparues renforcent la pression par l'efficience sur les services et la production des prestations de soins pour le patient. La production de version actualisée de la T2A, modifiée annuellement, a un impact sur les comportements des individus et des organisations avec la mise en œuvre d'ajustements par les acteurs de soins. Une de ces stratégies d'adaptation consiste à optimiser le codage des séjours. Cela consiste à coder le séjour du patient, afin qu'il soit classé dans le GHM le plus rémunérateur pour l'établissement en ajoutant au diagnostic principal des diagnostics associés et en essayant de contrôler ou au moins de limiter l'impact de la durée de séjour sur le tarif de financement associé à l'épisode de soins reçu par le patient.

Au-delà de ces aspects comportementaux, les constants réajustements des tarifs de financement rendent extrêmement complexes et incertaines la planification des ressources et la comparaison des années non seulement au niveau de l'établissement, mais aussi des pôles et des services. Aux différents niveaux de responsabilités médicales, il est quasiment impossible de prévoir les ressources compte tenu de l'instabilité des règles de calcul de ces dernières. Cela pose aussi en interne un problème de légitimité des contrôleurs de gestion qui peinent à expliquer les variations des revenus générées par chacun des services. La situation est d'autant plus difficile à comprendre par leurs médecins, car la T2A est généralement présentée comme un système de calcul de coût par GHM sophistiqué permettant de donner une précision acceptable aux tarifs de financement par Groupe Homogène de Tarif (GHT), les variations erratiques des ressources de financement par services ou par pôles sont alors incompréhensibles pour les acteurs. Malheureusement, malgré la mise en place d'outils au niveau des unités médicales tels que le compte de résultat analytique (CREA) ou encore le Tableau Coûts – Case Mix (TCCM) produit au moyen des données de la T2A, il est extrêmement complexe de comprendre et d'expliquer les causes des variations observées dans ces documents, sans mettre en œuvre des études complémentaires importantes et précises (Pepin M., Moisdon J.-C., 2010).

T2A et urgences

Parallèlement à l'avènement de l'efficience, des situations particulières mettent en évidence d'autres défauts du système, c'est le cas des services des urgences, notamment des centres universitaires. Ces derniers sont souvent submergés par un flux de patients nettement supérieur à la capacité pour laquelle ils ont été conçus. Malgré les efforts de maîtrise des dépenses, le phénomène ne fait que s'aggraver : le nombre de patients traités par les urgences a atteint dix-huit millions en 2008, soit deux fois et demi plus que les sept millions de 1986 (Mallot, 2010). Cette tendance a déjà conduit à des situations dramatiques à l'occasion de la canicule de l'été 2003.
Ces constats soulèvent des questions délicates en termes de santé publique et de sécurité de la population, mais il existe également des problématiques en terme d'efficience globale du système de santé. Il existe à l'évidence des solutions beaucoup moins coûteuses pour près de 80% des personnes passant aux urgences et qui ne correspondent pas à de réels cas ou le pronostic vital de la personne est engagé. Ces possibilités sont régulièrement mises en avant par telle ou telle instance, mais jusqu'à présent elles n'ont pas pu s'imposer.

En menant une analyse du système d'incitation structuré par la T2A, il apparaît que l'activité des urgences est financée par un forfait au passage par le service. Les recettes de ce dernier sont donc proportionnelles au nombre de patients examinés, sans que ni la cause du passage, ni la pertinence médical de cette prise en charge ne soit prise en compte. Ainsi, la direction générale de l'hôpital, ainsi que l'unité acceptent une sorte de consensus où il n'est pas réellement nécessaire de rechercher des solutions pour réguler le flux de patients. Malheureusement, ce consensus met en question les finalités sociales des services d'urgence et dans ce cas, le rôle des outils comptables contraste avec l'objectif final. Il existe donc un challenge important à relever afin de concevoir un système de contrôle pertinent (Rahaman Abu, Neu Dean, Everett Jeff, 2010).

Innovation et alternatives thérapeutiques

Si les deux premiers points nous ont amenés à aborder les questions d'efficience d'un point de vue plutôt organisationnel, il nous paraît important d'aborder l'impact des outils du Nouveau Management Public dans le cœur même de l'activité d'un hôpital, la production des soins, et en particulier les choix de stratégie thérapeutique. Le cas concerne le remplacement de la valve aortique. Il illustre les blocages des évolutions de pratique en faveur d'une nouvelle procédure qui apporterait des bénéfices en terme de qualité des soins et de réduction des risques pour le patient. Elle pourrait aussi potentiellement avoir un impact en terme d'efficience en modifiant le protocole de soin au niveau global c'est-à-dire dans un périmètre intégré de soins, au-delà des frontières organisationnelles de l'hôpital et donc des frontières actuelles de la T2A et de NG.

La première stratégie thérapeutique correspond à la technologie connue. La valve est remplacée par chirurgie. La seconde repose sur une technique consistant à implanter un cathéter porteur d'une valve aortique pour un remplacement percutané. La première stratégie implique les étapes de traitement suivantes : une chirurgie cardiaque impliquant la mise en place d'une circulation sanguine extra-corporelle, puis le patient fait un séjour en soins intensif durant 36 heures pour terminer dans l'établissement par un séjour de plusieurs jours d'hospitalisation dans une unité clinique. La durée de séjour total atteint la dizaine de jours, auxquels il faut ajouter un séjour de même durée, en soins et suite et de réadaptation (SSR).
La deuxième stratégie nouvelle et émergente demande seulement cinq jours d'hospitalisation, parce la circulation extra-corporelle n'est pas nécessaire et le patient évite aussi le séjour en soins intensifs. Enfin, pour être rétabli le patient doit séjourner de 8 à 10 jours en SSR. Du point de vue de la sécurité du patient, la seconde stratégie diminue le risque d'accident vasculaire cérébral, et la durée de séjour est fortement raccourcie avec un risque amoindri de complication et donc une diminution du nombre prévisible de ré-hospitalisations.

Ce type de changement de pratiques est problématique principalement en raison de la dimension financière. Du point de vue des recettes, la première stratégie génère un séjour en soins intensifs accompagné d'un tarif de GHT incluant le coût la valve chirurgicale (4 000 €) et les salaires de l'équipe hautement qualifiée pour le séjour initial dans l'établissement médico-chirurgical. Les 10

jours suivants en SSR viennent d'un autre budget et les ré-hospitalisations potentielles pour complication ne sont pas prise en compte a priori. Cette évaluation est à mettre en parallèle avec le coût unitaire du cathéter implanté dans la seconde stratégie qui est de 20 000 € l'unité. Le fait de se trouver avec une durée de séjour très inférieure à la moyenne du GHS, implique une décote, le tarif de financement ne permettant pas d'assurer la mise en œuvre de cette nouvelle stratégie thérapeutique. Cette situation a déjà été observée dans les campagnes de lutte contre le SIDA au Ghana, où des chercheurs ont observé un découragement des acteurs à mettre en œuvre des actions de santé émergentes. Ils attribuent cette situation à des contrôles qui ne laissent pas une place suffisante aux connaissances de terrain et aux initiatives (Rahaman Abu, Neu Dean, Everett Jeff 2010, p. 1114)

Cette dernière situation nous amène à approfondir les formes partielles et incomplète de gouvernance particulièrement liées avec l'objectif du système de financement de la santé (Preston et al. 1997) et aussi les aspects de standardisation et de comparaison entre structures hospitalières (Llewellyn and Northcott, 2005) par une analyse auprès des professionnels médicaux et para-médicaux.

L'hypothèse de la résistance des professionnels battue en brèche.

Afin d'enrichir notre approche du secteur, des entretiens semi-directifs et des réunions de travail ont été menées auprès de médecins exerçant des responsabilités au sein des établissements hospitaliers et ayant reçu une formation à la gestion ayant conduit à une hybridation de leurs savoirs. Il s'agissait d'aborder la question de savoir ce qu'ils faisaient différemment à cause ou en raison de la T2A et de la NG. Trois situations emblématiques sont détaillées ci-après.

T2A/NG et coordination

Ce premier cas souligne les problématiques de coordination de soins en extra-hospitalier en cas de développement de l'ambulatoire et les comportements que peuvent adopter les professionnels de santé.

Les étapes de traitement d'un patient en ambulatoire qui requiert une prothèse d'épaule sont les suivantes : le patient arrive le matin, reçoit une anesthésie loco-régionale par pose de cathéter analgésique, subit l'intervention chirurgicale, puis sort le soir même. Le traitement antidouleur dure au moins trois jours à domicile, il implique l'intervention d'une infirmière quotidiennement pour alimenter le cathéter. A partir du lendemain de l'intervention, le patient doit recevoir des soins en kinésiologie élaborés, nécessitant un professionnel expérimenté. Suivant la confiance et la connaissance des professionnels médecins et para-médicaux impliqués dans ce protocole de soins, les hospitaliers peuvent être amenés à adopter des comportements différents. En effet, l'organisation de la partie extérieure à l'établissement du chemin clinique n'est pas aisée car il n'est pas garanti que l'on puisse disposer en temps utile des ressources humaines qualifiées hors de l'hôpital. Ensuite, le guidage du patient dans son parcours de soins, son information et son éducation thérapeutique sont beaucoup plus difficiles à réussir à distance. Enfin, le management de la performance du parcours clinique global et de la sécurité du patient qui dépasse les frontières de l'organisation de santé, se révèle plus complexe. Ainsi, certaines équipes évitent de passer leur patient en ambulatoire quand d'autres, souvent soumises à des contraintes de pénurie de moyens, systématisent ces procédures. Il se pose alors la question de la responsabilité du chirurgien et de l'établissement ayant pratiqué l'opération et terme de réussite globale pour le patient. Cette problématique est prolongée par la question de l'éthique présente dans la situation suivante.

T2A/NG et éthique

Le médecin oncologue s'interroge sur plusieurs pratiques. Tout d'abord à propos des modes d'administration des chimiothérapies, la voie veineuse est très souvent préférée à la voie orale. Pourtant, la première nécessite l'éducation du patient par une infirmière pour prévenir les risques

d'accident d'où le besoin de moyens supplémentaires, cette voie d'administration est beaucoup moins confortable pour le patient, or il se trouve qu'elle est la seule valorisée par la T2A.
De même, lorsqu'une chimiothérapie complète une intervention chirurgicale, comme pour les cancers du sein, la quantité de médicament peut être administrée en 6 ou 18 cures. Même s'il n'existe pas aujourd'hui de preuve scientifique de la supériorité du protocole d'injections étalées, on observe que c'est la solution la plus couramment retenue. En fait, les recettes générées par la solution en 18 injections sont bien supérieures à celle en 6, puisque chaque cure constitue un épisode de soins générant un financement par GHS.
Dans les situations de transfusions sanguines, on observe que les trois poches ne sont que rarement injectées en une seule fois. On préfère administrer deux ballons dans un premier temps, et attendre le jour suivant pour administrer le troisième, cela permet de générer plus de ressources financières pour l'établissement.
Enfin, les médecins ont du mal à accepter le fait que les consultations en oncologie ou en soins palliatifs soient moins bien valorisées par la T2A. Le système semble inciter les médecins à ne pas suivre les patients ayant déjà reçu des traitements palliatifs ou d'oncologie. Ces patients sont souvent des cas complexes nécessitant du temps de diagnostic et d'analyse long. Le système oriente le temps médical vers les nouveaux patients qui vont générer plus de recettes parce qu'en début de traitement, ils sont généralement éligibles à une chimiothérapie, fortement valorisée par la T2A. Le médecin interviewé ajoute « Les pratiques peuvent varier d'un établissement à l'autre et vous pouvez trouver des patients en soins palliatifs à qui on donne une chimio » (thérapeutique alors qu'ils ne sont plus curables).

Ces situations montrent comment les pratiques médicales sont fortement impactées par les logiques médico-économiques : si le mouvement peut paraître insidieux, l'économique s'instille progressivement dans le médical.

T2A/NG ou la financiarisation du clinique ?

Enfin, d'autres cas mettent également à mal l'éthique des soignants. Ils sont directement issus de la pression mise sur les établissements pour l'amélioration de leur efficience. Cette injonction est relayée de plus en plus par les équipes dirigeantes en direction des professionnels de santé. Voici un exemple éclairant de telles situations. Un médecin, responsable du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) de son établissement, cherche à réduire les infections déclarées au bloc opératoire, ayant constaté que leur nombre excédait de quatre fois la moyenne nationale. Avec son équipe, il cherche alors des solutions pour les réduire. Une cinquantaine de patients par an sont identifiés pour lesquels les conséquences sont très lourdes, tant sur le plan de la dégradation de la qualité de vie que sur celui de leur employabilité future. Un plan d'actions est élaboré, un budget est établi pour un montant de 8 000 € et le tout est soumis au contrôle de gestion central. Le contrôle de gestion revient alors vers le médecin en notant que le coût du plan n'intègre pas les pertes de recettes générées par la ré-hospitalisation des 50 patients infectés, ces séjours donnant lieu à séjour dont les tarifs de la T2A sont particulièrement rémunérateurs. Au final, le plan ne fut pas mis en œuvre et le médecin et son équipe en ressortirent amers et révoltés. Au-delà de ces questions comptables pour les professionnels de santé, il paraît difficile à long terme d'assister à une telle confrontation entre les approches économiques et les valeurs publiques sans constater un impact sur l'organisation professionnelle de l'hôpital et sur la motivation des personnels soignants. Il s'agit donc d'étudier dans une deuxième partie comment un renversement de paradigme de la T2A et de la NG ouvre des voies de solutions pour le système de santé.

Reversement de paradigme par les biens communs

La première partie nous a conduits à prendre acte de l'échec des thèses dites du « Nouveau Management Public » pour ce qui est de la question hospitalière et de la santé. Nous suivons en cela le courant sans cesse grandissant de littérature critique sur le sujet, comme en témoigne le titre

de l'article d'Irvine Lapsley (2009), auteur réputé pour sa modération : "New Public Management: Cruellest Invention of the Human Spirit? ». En substitution du paradigme post-bureaucratique nous souhaitons proposer celui des biens communs, en appui sur les travaux d'Elinor Ostrom.

> *« 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)*

Cette définition des biens communs s'applique aux services d'intérêt général, auxquels s'apparentent la distribution de l'eau ou encore la santé, conformément aux valeurs publiques admises ici et maintenant. Le critère de non exclusion est ainsi cohérent avec l'objectif d'accès pour tous au système de santé ; celui de rivalité renvoie à la question de l'allocation des services mobilisant des ressources rares ; ce qui les 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 substractability of the resource units is shared with private goods. » (Ostrom, 2006, p. 151)*

Critiqué par certains – voir Harribey (2011) – pour le flou qui l'entoure, le concept de bien commun ouvre une voie de redéfinition de la gouvernance des services d'intérêt général. Il s'agit de substituer au modèle d'une entreprise marchande dont l'objectif principal serait la recherche de la rentabilité, celui d'un troupeau broutant une prairie, 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 d'« économie de la sobriété », dont l'une des traductions opérationnelles prendrait la forme d'une tarification au cycle de soins.

Financement collectif et tragédie des biens communs à l'hôpital

Plutôt que de considérer les services de santé comme des biens communs, nous faisons le choix d'appliquer la grille d'analyse d'Ostrom en amont de l'allocation finale de ces biens, au système d'offre de santé financé de manière collective par l'Assurance Maladie. Ce choix se justifie par la nature du problème identifié en première partie et l'hypothèse retenue, suite à la collecte et à l'analyse du matériau empirique présenté précédemment. Nous verrons ensuite comment les problèmes identifiés en première partie peuvent être revisités à la lumière de la tragédie des biens communs.

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, ou dont le rythme de renouvellement est plus lent que celui de leur consommation. Son extension au financement collectif du système de santé s'inscrit dans le courant de littérature relatif aux « budgetary commons » ou « fiscal commons », qui vise à utiliser la grille d'analyse des biens communs pour décoder les problèmes soulevés par la gestion des 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 ». Il y pointe le décalage entre l'intérêt individuel à surexploiter une ressource commune, telle une prairie à brouter pour des bovins, et l'impact collectivement supporté de la disparition de la ressource. En d'autres termes, « jouer perso rapporte gros » pour un coût qui est supporté par tous, quelque soit le comportement (vertueux ou non) des individus. Le parallèle avec les *budgetary commons* semble assez immédiat, d'après l'exposé que Raudla (2010, p. 203) propose de la problématique de ce que nous traduirons par « financements collectifs » (ou communs) :

> *"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)".*

Weingast et al. (1981) modélisent la tragédie des financements communs 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. Dans le même article, ils théorisent la « loi du 1/n » qui prolonge l'analyse du problème : plus le nombre de bénéficiaires (n) des financements collectifs est important, plus la fraction des coûts internalisée par chaque bénéficiaire est faible. Partant, ils mettent en évidence les limites de la décentralisation des décisions politiques, phénomène qui contribue à exposer les élus au clientélisme.

Cette règle relative à la fragmentation s'applique tant au nombre de représentants dans une assemblée qu'au nombre de partis politiques présents au pouvoir (dans une coalition) et au nombre de ministères. Raudla (2010, p.204) propose une synthèse étendue :

> *« analogously to the geographic representation of interests, the underlying idea is that while many public programmes or services can be targeted to particular groups of voters, taxes are spread across the entire electorate. In the case of such targeted programmes, those who benefit from particular programmes (be it a social group or a particular sector), bear only a fraction of the costs needed to finance these programmes. »*

T2A & NG ou la tragédie des financements collectifs hospitaliers

L'extension aux financements collectifs de la grille d'analyse des biens communs conduit à adopter la notion de « partisan actors » de préférence au bovin brouteur de prairie. Si l'on applique le modèle au financement du système de santé, nous trouvons dans cette catégorie les acteurs du soin confrontés au premier enjeu de la captation des ressources allouées dans le cadre du vote annuel par le Parlement de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) et de sa répartition en sous-enveloppes. Plus précisément, les acteurs partisans englobent les différentes instances de représentation des établissements, et des types de 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).

Dans ce cadre, la tarification à l'activité (T2A) et ses dérives inflationnistes offrent une illustration des incitations à surexploiter les ressources que sont les financements collectifs dédiés à la santé. La T2A transpose au niveau du secteur hospitalier l'enjeu de la captation des ressources qui existent au niveau macro-économique entre les services publics. Cette concurrence se déroule entre

établissements publics et entre hôpitaux et cliniques, puisque les parts de marché gagnées pour les uns sont perdues pour les autres au sein de l'enveloppe hospitalière déterminée par l'ONDAM. Puisqu'il est généralement plus facile d'augmenter l'activité pour améliorer la rentabilité de l'établissement, la T2A crée de fait un consensus entre professionnels de santé et directeurs d'hôpitaux pour surconsommer les ressources communes.

De manière similaire, les aménagements des tarifs de la T2A et l'introduction de forfaits de structure pour les urgences, de coordination et de prélèvement pour les greffes d'organes, le traitement différencié des molécules onéreuses au premier rang desquelles figurent les produits utilisés en chimiothérapie pour le traitement des cancers, sont le résultat de négociations d'acteurs partisans défendant les intérêts d'une discipline ou de laboratoires.

L'enquête de la Fédération Hospitalière de France publiée en Juillet 2012 jette un pavé dans la marre. Aux dires des médecins, hospitaliers comme libéraux, le nombre d'actes non pertinents produits va de 20% à plus de 30%. Ce chiffre nous apporte un témoignage saisissant du pillage de financements collectifs, alors même que certaines franges de la population accèdent peu aux soins, compte tenu des inégalités sociales et géographiques de santé.

Cette enquête nous conduit à examiner la question de la dissipation de la rente qui fait partie des problèmes liés à l'appropriation des communs. Ce phénomène recouvre les ponctions trop importantes dans les ressources ou encore le sur-investissement des appropriateurs dans des équipements permettant d'exploiter la ressource de manière plus efficiente. Le lancement d'activités nouvelles satisfaisant aux critères médico-économiques de rentabilité entre pleinement dans cette catégorie. La Nouvelle Gouvernance hospitalière, en créant des points de décision au niveau des pôles, incite ceux-ci à prendre l'initiative en inscrivant dans leur projet et contrat polaires le développement de nouvelles activités. La multiplication de centres de décision ainsi induite par la réforme peut être analysée au prisme de la loi du 1/n. Les enseignements relatifs aux limites qu'introduit la décentralisation et que Weingast et al. (1981) tirent des expériences américaines s'appliquent : la Nouvelle Gouvernance articulée à la T2A a l'effet d'un puissant moteur cherchant à capter toujours plus de financements publics. Il en est de même pour les investissements dans de nouveaux bâtiments ou plateaux techniques, que le financement de la T2A n'intègre pas en tant que tels. L'issue la plus accessible pour l'établissement engagé dans la politique de rénovation ou d'innovation, autrement dit celle qui aura le plus de chance d'emporter le consensus auprès des professionnels de santé (médicaux et para-médicaux) et des directeurs, consiste à augmenter son activité pour étaler les charges fixes supplémentaires ; le tout se faisant souvent au nom d'économies d'échelle ou d'effets de synergie.

Après avoir montré comment la grille des « *commons* », étendue aux financements collectifs permet d'analyser les problèmes de confrontation entre performance, largement réduite à l'efficience appréhendée au niveau organisationnel, voire infra-organisationnel (le pôle), et valeurs publiques, nous nous proposons à présent d'explorer les pistes de solution qu'ouvre la théorie des biens communs, en tendant vers une économie de la sobriété, dont l'une des traductions concrètes serait la tarification au cycle de soins.

Economie de la sobriété et tarification au cycle de soins

Nous commencerons par réexaminer la problématique des communs dans les termes d'une situation coopérative, pour ensuite en tirer les conséquences opérationnelles, avec notamment une évolution de la tarification à l'activité vers le cycle de soins.

Vers une reformulation de la problématique des communs en termes coopératifs

Si la tragédie des communs a largement été analysée dans les termes du dilemme du prisonnier, plusieurs auteurs rejettent ce choix qui réduit la complexité de la situation et postule la suprématie des stratégies individuelles. Parmi eux, Runge (1981) démontre la non-pertinence du modèle. Son analyse le conduit à reformuler le problème en terme d'assurance, en faisant référence à Sen, en retenant le schéma de la bataille des sexes mettant en scène un couple face à un choix de sortie : le mari souhaite aller à une course de chiens, la femme à un spectacle de ballet, mais chacun des deux

préfère sortir avec l'autre plutôt que seul. Le point distinguant les deux modèles réside dans la nature coopérative du second, décrivant une situation d'interdépendance, qui caractérise les communs. Les décisions des joueurs sont alors considérées dans un contexte où la communication et la coopération sont possibles. Si chaque joueur a l'assurance, 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, invalidant le caractère nécessairement tragique des communs. Au-delà, la solution dépendra des pouvoirs en place, des ressources de chacun, des capacités de négociation des uns et des autres, ainsi que des cultures et du climat entourant la situation.

Les règles institutionnelles garantissant une assurance complète apparaissent comme une condition sine qua non à la coopération, sans laquelle des solutions de telle qualité ne seraient 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 édiction. Le mécanisme vertueux peut se résumer ainsi : la coopération s'obtient par des règles institutionnelles qui font disparaître toute incertitude quant au comportement des autres joueurs. Ainsi, celui qui s'en départit encourt un coût très élevé, suffisamment dissuasif pour constituer une stratégie perdante :

> *« '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 :

> *« 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)*

De cette reformulation du problème en termes de coopération, nous pouvons tirer plusieurs enseignements directement applicables au système hospitalier. Premièrement, le schéma actuel d'une sous-enveloppe de l'ONDAM distribuée par des tarifs révisés tous les ans, largement à la baisse, pour compenser une partie de l'augmentation de l'activité des établissements, instaure une situation concurrentielle, se rapprochant du dilemme du prisonnier. La course à la rentabilité – sous ses différentes formes, et notamment les contrats de retour à l'équilibre financier dans lesquels nombre d'établissements sont engagés vis-à-vis de leur agence régionale – agit comme un puissant incitatif au développement de l'activité. Autrement dit, elle favorise des comportements de francs tireurs associés au risque de surexploitation de la ressource commune. La recherche d'augmentation de parts de marché se fait largement au détriment de l'environnement proche, de sorte que la captation de droits d'exploitation de la ressource commune prive d'autant le troupeau voisin. Comme le soulignait Francis Fellinger, en tant que président de l'association des présidents de CME (Commission médicale d'Etablissement) 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.

Deuxièmement, le peu de lisibilité affichée par la tutelle, tant en matière de politique tarifaire, qu'en ce qui concerne les orientations générales adoptées, génère une grande incertitude, cette

incertitude qui est justement à l'origine de la tragédie des communs. Ainsi, le passage de la T2A de la V10 à la V11 en 2009 s'accompagnait de l'annonce d'une meilleure visibilité, voire quasi-stabilité pour les années qui suivraient. Les versions qui se succèdent au rythme d'une par an démentent cette position et mettent à mal la relation de confiance entre les établissements et leur tutelle. Or, les recherches sur les communs mettent en évidence l'importance de la confiance pour sortir de situations sous-optimales. Si Runge (1981) montre que la régulation peut être endogène au groupe d'appropriateurs, il ne dénie pas le rôle bénéfique d'une régulation exogène en cas de coordination imparfaite. Le comportement de la tutelle a évolué pour se situer à l'opposé d'une force de stabilisation, dans la mesure où elle génère une incertitude majeure, à chaque édition des nouveaux tarifs. La méthode par laquelle elle procède est également discutable. Alors qu'auparavant, elle concertait les directions financières des gros établissements pour tester ses hypothèses afin d'éclairer ses prises de décisions, la cellule dont elle s'est dotée avec l'ATIH (agence technique de l'information hospitalière) évolue comme une boite noire déconnectée du terrain, les bases statistiques qu'elle construit étant censées garantir la pertinence de ses conclusions. La conséquence en est une imprévisibilité accrue des décisions prises, avec des implications immédiates en matière de rentabilité, dans des délais qui ne permettent guère un pilotage.

Troisièmement, la régulation endogène qui apparaît comme solution de premier ordre dans les travaux de Runge (1981) nous conduit à privilégier les dispositifs expérimentaux permettant aux acteurs du soin de s'organiser entre eux. L'option décentralisée ouvre la voie à des méthodes inductives, même si la tradition jacobine de l'Etat français s'accommode mal, à priori, d'une configuration poussant ce dernier à faire confiance aux établissements… Gageons qu'il puisse évoluer sur ce point, dans les années qui viennent, sous la pression des enjeux, notamment.

Vers une tarification au cycle de soins

Concrètement, ce nouveau paradigme nous permet de proposer une évolution de la T2A vers une tarification au cycle de soins, en opérationnalisant les enseignements des biens communs précédemment exposés. Le problème peut se reformuler comme suit : créer les conditions d'une coopération entre acteurs du soins, pour sortir de la tragédie des communs et évoluer vers les cercles vertueux, étudiés notamment par Ostrom.

La coopération renvoie à l'intégration des interventions des différents maillons de la chaine de soins (qu'ils soient établissements ou professionnels libéraux), en articulant les épisodes de soins le long d'une problématique de santé, désignée sous le terme de « cycle » de soins. Ce choix terminologique se justifie en référence à Porter et Olmsted Teisberg (2006), qui préconisent d'organiser les services de santé autour d'unité de pratiques médicales intégrées (p. 167 et suivantes) afin d'étendre 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 ».

Prenons un exemple simple, tel qu'une pose d'une prothèse totale de hanche. La chaine de soins débute par une consultation aux urgences ou chez un médecin généraliste, se poursuit par un épisode de soins aigus financé par la T2A, puis, possiblement par un séjour en établissement SSR (soins de suite et de réadaptation), et des 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 épisodes. C'est à ce niveau qu'il est possible d'appréhender la valeur créée pour le patient.

Le passage de l'épisode au cycle crée des espaces de coopération entre professionnels au-delà des frontières organisationnelles et des statuts d'exercice. Il enjoint ces derniers à articuler leurs interventions en les rendant solidairement responsables du résultat final. Il oblige à intégrer les différentes étapes du soin en mettant à la charge des professionnels la question de la coordination, dont on sait qu'elle pose de redoutables problèmes dans notre système de santé. Les moyens de la coopération existent depuis un certain temps, et la loi HPST a poursuivi le mouvement en étendant les groupements de coopération, jusqu'alors réservés au sanitaire, au médico-social et au social, et

en augmentant leur portée aux autorisations. La création des communautés hospitalières de territoire, les partenariats publics-privés sont d'autres exemples de dispositifs à la disposition des établissements pour formaliser une coopération de manière contractuelle.

La question se pose alors du choix d'un schéma incitatif qui soit cohérent avec cette reconfiguration. La tarification au cycle de soins en constitue un des éléments qui appelle des compléments visant à piloter les autres dimensions de la performance que sont : 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 aux enseignements des communs, l'idée est de rendre responsable les troupeaux de la préservation de la ressource. Ici, le schéma incitatif à inventer sera en fonction du type de cycle de soins et permettra de valoriser des activités telles que la prévention ou l'éducation thérapeutique, qui permettent d'économiser les financements collectifs tout en étant vertueux 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 protocoliser des chemins cliniques dont on sait qu'ils ne couvriront pas 100% des cas et qu'ils peuvent mettre à risque la capacité d'adaptation des équipes par les injonctions répétées de conformité aux référentiels. Au contraire, l'idée est de permettre à l'innovation de se développer avec un contrôle à maille large, axé sur un résultat étendu au cycle, incitant les acteurs à trouver les voies d'une meilleure conciliation entre les différentes dimensions de la performance. La question de la gouvernance du système est indéniablement au cœur de cette proposition et les travaux d'Elinor Ostrom sont ici encore éclairants. Ainsi, le pilote du cycle de soins, dans notre exemple sera vraisemblablement l'hôpital ou la clinique, mais il pourra être le médecin généraliste pour les affections de longue durée, en cohérence avec la posture de coordinateur qui ressort de la dernière convention négociée en juillet 2011.

Enfin, la méthode par laquelle les cycles de soins seront définis selon leur type, l'organisation de leur prise en charge précisée, le schéma incitatif arrêté, le dispositif de passage de la situation actuelle à la nouvelle décidé, les systèmes supports construits (notamment en matière d'information partagée), semble déterminant quant à la viabilité de cette piste de solution. Conformément aux travaux de Runge (1981) et d'Ostrom, nous nous orientons vers une démarche inductive partant d'expérimentations associant au plus près les professionnels de terrain. Une fois une première série de cycles définis, des chantiers expérimentaux seront mis en place, chacun piloté par un médecin avec lequel nous travaillons. Des équipes mobiles d'expérimentation formées d'un directeur d'hôpital, d'un directeur de soins et d'un chef de projet apporteront soutien nécessaire à plusieurs chantiers pilotes à leur demande. Une phase d'expérimentation à petite échelle sera ensuite enclenchée afin de mettre au point le « pack » relatif au cycle de soins. Une expérimentation à plus grande échelle permettra enfin d'affiner l'ensemble.

Conclusion

Cet article a pour objectif de proposer un nouveau paradigme de gestion des services de santé, et notamment hospitaliers, en empruntant aux travaux sur les biens communs. Nous avons dans une première partie montrer en quoi les réformes de la nouvelle gouvernance hospitalière et de la T2A, inspirées des thèses du Nouveau Management Public (NMP), étaient susceptibles de mettre à mal les valeurs publiques notamment défendues par les professionnels de santé, attachés de par leur identité professionnelle à la qualité, de la sécurité du patient, le délai avec lequel les soins sont accessibles et la couverture de la population.

Face à ce qui paraît à certains une impasse, nous avons proposé en deuxième partie de recourir à une grille d'analyse alternative, celle des biens communs, pour ébaucher une piste de sortie axée sur la coopération entre acteurs. Il s'agit de faire évoluer les schémas incitatifs afin de responsabiliser les établissements et professionnels libéraux sur une exploitation sobre des financements collectifs, à l'inverse de la course à l'activité dans laquelle les plonge la doctrine du NMP. Concrètement, la base de la tarification doit évoluer pour favoriser l'intégration des

différents prestataires de soins et les pousser à se saisir des problèmes de coordination, largement laissés en jachère en l'état. Cela passe également par un changement de positionnement de la tutelle dont émane une incertitude majeure, qui produit des effets néfastes en matière de confiance, clé de voûte d'un système vertueux.

Nous ébauchons enfin une méthode expérimentale cohérente avec les enseignements des communs pour développer une partition de cycles de soins en associant les professionnels de terrain et augmenter ainsi la probabilité de succès de cette piste de solution.

Bibliographie

Bozeman, B. (2007), « La publicitude normative : comment concilier valeurs publiques et valeurs du marché », Politiques et Management Public, 25, 4, p.179-211

Brubaker E. R. (1997), "The Tragedy of the Public Budgetary Commons", Independent Review, Vol. 1, Edition 3.

Hardin, G. (1968), « The tragedy of the commons », Science, 162, 1243–1248.

Harribey J.-M. (2011), « Le bien commun est une construction sociale. Apports et limites d'Elinor Ostrom », *L'Economie politique,* n° 049 - janvier 2011

Infos.emploipublic.fr (2011), « Hôpital public : jusqu'où rémunérer les résultats ? », http://infos.emploipublic.fr/2011/03/09/hopital-public-jusqu%e2%80%99ou-remunerer-les-resultats/ consulté le 31 octobre 2012.

Kelly, J. (2005), "The Dilemna of the Unsatisfied Customer in a market Model of Public Administration", Public Administration Review, janvier-février, 65, 1, p.76-84.

Kurunmäki L. (2004), "A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals", *Accounting, Organizations and Society,* Vol 29, pp. 327–347.

Lapsley, I. (2009), "New Public Management: Cruellest Invention of the Human Spirit?" ***Abacus***, vol 45, n°1, p.1-21.

Le Menn J. et Milon A. (2012), Rapport d'information 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.

Llewellyn, S., and D. Northcott, (2005), "The average hospital", Accounting, Organizations and Society 30 (6): 555–83.

Lorino, Ph. (1999), « A la recherche de la valeur perdue : construire les processus créateurs de valeur dans le secteur public », Politiques et Management Public, 17, 2, p.21-34.

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.

Moidson J.C. (2009), "Quelques réflexions autour de l'évènement V11" Perspectives Sanitaires et Sociales, 12 novembre 2009.

Ostrom, E., Gardner, R., Walker, J., (1994), "Rules, Games and Common-pool Resources", University of Michigan Press, Ann Arbor.

Ostrom E. (2006), "The value-added of laboratory experiments for the study of institutions and common-pool resources", Journal of Economic Behavior & Organization, vol 61, pp. 149–163.

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

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 pages.

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

Preston, A., W. F. Chua, and D. Neu. (1997), "The diagnosis-related group prospective payment system and the problem of government rationing health care to the elderly", Accounting Organizations and Society 22 (2): 147–64.

Rahaman, Abu Shiraz, Neu, Dean, and Everett, Jeff S. (2010), "Accounting for Social Purpose Alliances: Confronting the HIV/AIDS Pandemic in Africa", Contemporary Accounting Research, Vol. 27, No. 4, pp. 1093–1129.

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), 595–606.

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, Chicago: University of Chicago Press.

Velasco, A. (2000), "Debts and deficits with fragmented fiscal policymaking", Journal of Public Economics, 76(1), 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, 89(4), 642–664.