



## Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

16 | 2018  
L'hôpital

---

### « Des trucs qui rapportent »

Enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public

*Turning patients into assets. Ethnographic study of capitalization processes within public hospitals*

Pierre-André Juven

---



#### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2860>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.2860](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2860)

ISSN : 2111-5028

#### Éditeur

Association Amades

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



#### Référence électronique

Pierre-André Juven, « « Des trucs qui rapportent » », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 16 | 2018, mis en ligne le 31 mai 2018, consulté le 19 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2860> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2860>

---

Ce document a été généré automatiquement le 19 janvier 2022.



*Anthropologie & Santé* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

## « Des trucs qui rapportent »

Enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public

*Turning patients into assets. Ethnographic study of capitalization processes within public hospitals*

Pierre-André Juven

---

### Introduction

- 1 Quelle place accorder aux faits économiques dans les études sociologiques et anthropologiques sur l'hôpital? Si, historiquement, la très grande majorité des recherches qui y sont consacrées ont porté la focale sur les soins, les savoirs, les relations entre soignant.e.s ou entre soignant.e.s et soigné.e.s (Fortin & Knotova, 2013), la prégnance des enjeux économiques en matière de santé indique que le spectre des questionnements doit désormais être étendu. Il doit l'être tout en s'inscrivant dans des réflexions anciennes sur la structuration du soin par des logiques et des cadres macrosociologiques (Herzlich, 1973). Mais ce ne sont pas seulement les hiérarchies entre services hospitaliers (Chauvenet, 1973) ou les modalités d'organisation interne qui doivent être étudiées, mais bien également les règles économiques afférentes au financement de l'hôpital public. Les recherches en gestion (Engel *et al.*, 2000), en économie (Domin, 2008) et en sociologie (Benamouzig, 2005 ; Pierru, 2007) portent depuis une vingtaine d'années une attention soutenue à l'économie hospitalière<sup>1</sup>. Cependant, peu de travaux ont abordé cette question en entrant au cœur des hôpitaux et en observant au quotidien comment se fait et se définit l'économie de l'hôpital.
- 2 Il apparaît donc incontournable pour une nouvelle anthropologie de l'hôpital de se pencher sur un des éléments clefs des dernières décennies, la mise en économie de l'hôpital. Cette mise en économie (Boudia & Pestre, 2016) suppose deux remarques. Premièrement, elle ne signifie pas que l'hôpital était jusqu'aux années 1980 étranger aux enjeux économiques. Les travaux historiques soulignent la permanence du souci budgétaire concernant les établissements de santé (Chevandier, 2009). Mais la nature

de ce lien diffère de ce qui surgit dans les années 1980<sup>2</sup>, puis dans les années 2000 en France : à savoir un souci, non pas seulement de contrôle des dépenses, mais de gestion efficiente des budgets (Joven, 2017) puis une logique d'investissement dans des activités définies par l'État comme "rentables". Autrement dit, l'économicisation<sup>3</sup> se définit par le déploiement d'outils et de logiques économiques sophistiquées qui vont bien au-delà du simple équilibre comptable. Deuxièmement, se pose le problème des modes d'enquête autour de cette mise en économie. Comment saisir cette economicisation au quotidien ? Cela suppose d'observer d'autres services que ceux des urgences (Peneff, 1992), ou plus largement de soin (Strauss *et al.*, 1963 ; Belorgey, 2010) et de se rendre dans les bureaux des contrôleurs et contrôleuses de gestion, dans ceux de la Direction des finances. Les ethnographies conduites jusqu'à aujourd'hui à l'hôpital sont essentielles. Elles insistent sur la complexité des systèmes de pouvoir et sur les limites d'une analyse en termes de « pouvoirs des métiers » où l'hôpital est décrit comme un lieu régulé par les professions (Mintzberg, 1982). De même, une anthropologie économique de l'hôpital public doit s'obliger à saisir les nuances qui ne permettent pas de parler d'une simple « mise en marché » ou « néolibéralisation » de l'hôpital public (Sewell, 2009), mais d'un agencement économique complexe mêlant des principes de performance parfois antinomiques avec des principes historiques liés au service public, et des adaptations et résistances atténuant cette mise en économie. C'est donc dans son ambivalence que cette economicisation doit être saisie.

- 3 Cette ambivalence est désormais solidement documentée grâce aux recherches sur le *new public management* (NPM), notamment celles insistant sur les limites de l'opposition entre NPM et professions. Si le NPM se définit entre autres par des bouleversements hiérarchiques visant à remettre en cause l'autonomie de groupes professionnels et par le déploiement d'outils d'évaluation de la performance, reste en effet à observer empiriquement ce que ce « puzzle doctrinal » (Bezes, 2012) fait aux professions en question (Bezes *et al.*, 2011). Les travaux ayant porté sur la profession médicale ont insisté à la fois sur l'effectivité des transformations et sur le caractère contrasté des effets du NPM. Penser la redéfinition du « professionnalisme » entendu comme un régime d'autonomie d'une profession dans la définition des règles qui président à son exercice et à son éthique (Freidson, 2001), implique de saisir à la fois les processus de continuité et les déplacements à l'œuvre du fait de l'irruption, dans des espaces comme l'hôpital, de principes et d'outils fondés sur l'efficacité et le management centré autour du « client » ou de la « cliente » (Evetts, 2011 ; Noordegraaf, 2007). Si les changements de « gouvernance » sont observables dans d'autres pays, ce que montrent Kuhlmann *et al.* (2013), les travaux sur l'hôpital en France indiquent des limites à ces transformations, considérant que la conversion au modèle entrepreneurial aurait été avortée (Pierru, 1999) et qu'une partie des médecins refuserait de jouer le jeu du nouveau management public, du fait notamment d'une position sociale stabilisée et d'une reconnaissance institutionnelle et professionnelle déjà acquise (Belorgey, 2010). Cependant, aucune recherche ne pousse l'analyse jusqu'à étudier concrètement les dispositifs de quantification économique qui structurent ces recompositions.
- 4 Nous souhaitons qualifier encore plus précisément cette economicisation en avançant l'hypothèse d'une conversion des hôpitaux à des logiques de *capitalisation*. Par capitalisation, il faut entendre la conversion de biens ou services en des actifs quantifiables monétairement et susceptibles d'être, dans le futur, créateurs de « valeur » (Dussauge *et al.*, 2015) ou plus prosaïquement de profits (Muniesa *et al.*, 2017). Il ne s'agit pas seulement de monétiser le soin ou de le budgétiser, il s'agit d'enclencher

une logique de rentabilité d'une activité. L'étude des opérations de capitalisation suppose des observations ethnographiques grâce auxquelles on peut porter attention aux processus matériels de quantification et de mise en circulation des chiffres (Desrosières, 2008, Didier, 2009), et ceci afin de comprendre comment se définit la valeur économique d'un.e patient.e à l'hôpital.

- 5 Cet article montre que les processus de capitalisation créent des catégories de services, d'opérations, de patient.e.s "rentables". La rentabilité qui pourrait sembler ne pas pouvoir s'appliquer à une organisation à but non lucratif, en l'occurrence un hôpital public, est un objectif que se fixent désormais les directions d'établissement, et tout particulièrement les directions des finances. La rentabilité est à entendre comme une situation où l'hôpital génère davantage de recettes que de dépenses. Mais, de même que l'économicisation de l'hôpital doit être étudiée dans son ambivalence, les logiques de capitalisation ne doivent pas être prises comme transformant radicalement l'organisation hospitalière. Les processus de capitalisation ne signifient pas nécessairement la privatisation de biens et services ou leur mise en marché, ni, non plus, l'ouverture des modalités de financement à des institutions privées et financières. Dans le cas de l'hôpital et de la rémunération du soin, c'est bien l'assurance maladie et l'État qui assurent ce rôle. Tout en identifiant des processus de capitalisation et une *tendance*, cette enquête montre qu'on ne saurait résumer l'organisation économique de l'hôpital à cette logique. Premièrement, les règles économiques et juridiques de l'hôpital public ne sont pas calquées sur celles d'une structure marchande à but lucratif (où l'on observerait un pouvoir de contrainte sur des salarié.e.s non performant.e.s, une dépendance absolue au rendement sous peine de cessation de paiement, etc.). Deuxièmement, les ressources de l'hôpital ne sont pas uniquement fournies par la tarification à l'activité, mais aussi partiellement par des mécanismes budgétaires de type « enveloppe », ce que nous verrons avec le cas de Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).
- 6 C'est aussi le pendant des entités rentables qu'il faut étudier de près. Car ce qui "rapporte" suppose qu'à côté, dans le service voisin ou la chambre voisine, un.e patient.e ne "rapporte" pas. L'enquête permet ainsi d'observer comment une distinction s'opère entre des malades standard et considéré.e.s comme économiquement acceptables d'une part et des malades devenant problématiques du fait de leur coût de prise en charge d'autre part. Cette discrimination des malades *convenablement malades* et des autres débordant le cadre, non pas seulement du convenable, mais du conventionnel, s'opère au travers d'un ensemble d'indicateurs et d'instruments de quantification comme la durée moyenne de séjour, un.e patient.e restant au-delà de cette durée devenant trop coûteux pour l'établissement<sup>4</sup>.

## Méthodologie d'enquête : portée et limites

- 7 Cet article se base sur une enquête ethnographique de deux semaines réalisée dans une Direction d'hôpital. Une convention de stage a été signée en 2011 avec un Centre Hospitalier d'environ 600 lits situé à proximité d'une des cinq plus grandes villes de France. L'hôpital dans lequel cette ethnographie a été réalisée ne peut être nommé explicitement dans la mesure où les personnes impliquées sont encore en poste au moment où cet article est écrit. Nous l'appellerons « Hôpital Sud ». L'Hôpital Sud fait partie des hôpitaux générant plus de recettes que de dépenses et correspond en cela à

la moitié des hôpitaux publics en France, l'autre moitié étant déficitaire (DREES, 2016). Connaître la représentativité des pôles étudiés dans cet article (Urgences et Chirurgie viscérale) est difficile. Les urgences bénéficiant de modes de rémunération complémentaire, elles ne sont, au même titre que le pôle de chirurgie viscérale, pas les plus fragilisées par la tarification – à la différence de cas emblématiques comme la réanimation ou la médecine interne. Cette enquête ne prétend ainsi pas affirmer que certains types de services seraient par nature plus rentables que d'autres. Elle vise à identifier comment, dans un établissement précis, cette rentabilité est progressivement construite et discutée.

- 8 L'observation a été séquencée en deux temps. Une première semaine a été passée dans le service de codage de l'hôpital et une seconde dans les services de la direction des finances, à savoir le contrôle de gestion, la comptabilité et le bureau de la directrice des finances. Cela nous a permis de suivre le travail de mise en chiffre de l'activité, réalisé par deux contrôleuses de gestion, puis d'assister à deux réunions entre la direction des finances et des responsables de pôles hospitaliers<sup>5</sup>. Une quinzaine d'entretiens ont été réalisés en complément de ces observations avec les contrôleuses de gestion, la directrice des finances, les médecins responsables de pôle, la comptable, le directeur de la communication et des codeuses de l'information médicale. Cette immersion a permis enfin de recueillir de nombreux documents : dossiers patients, grilles d'évaluation des médecins, comptes de résultats, ou encore guide méthodologique de comptabilité ou de codage.
- 9 Cette enquête s'inscrit dans une recherche plus ample sur les mécanismes de financement des hôpitaux publics en France (2010-2014). L'observation ethnographique présentée ici n'est qu'une part de ce travail qui ne se bornait pas au terrain hospitalier, mais a cherché à étudier les controverses relatives aux mécanismes de financement de l'hôpital dans tous les lieux où elles pouvaient émerger (Juven, 2016). Ceci explique à la fois la portée et les limites de cette observation que nous souhaitons appréhender comme un cas permettant d'entrer au plus près de la fabrication du chiffre à l'hôpital, mais ne prétendant pas représenter l'ensemble des rapports entre les membres de l'administration d'un hôpital et les professionnel.le.s de santé.

## La mise en économie de l'hôpital public

- 10 L'étude des processus de capitalisation à l'hôpital public implique de saisir, en amont, son organisation économique et les effets des dispositifs de comptabilité et de financement. Le déploiement d'outils de gestion et d'une tarification à l'activité contribue depuis 2003 à transformer la logique économique de l'hôpital public, ce qui s'observe dans la mise en chiffres des services hospitaliers et dans l'évaluation quantitative de leur production. Cette logique financière suppose des mécanismes capitalistiques, mais demeure néanmoins à tempérer du fait de modes de financement hybrides.

## D'une entité budgétaire à une entité financière

- 11 Comment des logiques capitalistiques apparaissent-elles à l'hôpital public ? Le basculement s'opère en 2003 avec la réforme de la tarification à l'activité (appelée T2A). La mise en place de cette réforme implique un principe en apparence simple

concernant le financement des hôpitaux : alors que ces derniers étaient rémunérés depuis 1983 par un budget reconduit d'année en année (Benamouzig, 2005), ils deviennent désormais dépendants de leur « activité ». Ce passage à la tarification s'explique par le souhait du ministère de la Santé et de l'assurance maladie de contrôler le niveau des dépenses hospitalières, d'allouer les moyens en fonction de la production et de gouverner à distance la productivité des établissements en fixant un tarif moyen pour chaque type de prise en charge. Les ressources ne sont dès lors plus assurées à l'hôpital qui doit nécessairement renseigner dans un système d'information (le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information – PMSI) les séjours qu'il prend en charge. Pour chaque séjour, un tarif est attribué, ce tarif faisant office de quasi-prix. Le PMSI joue un rôle crucial dans la transformation de l'hôpital en une entité productive puisqu'il suppose un travail de codage de l'activité. La T2A implique ainsi des catégories standard de séjours (appelées Groupes Homogènes de Malades) et un tarif par catégorie. Le travail de codage est réalisé par le département de l'information médicale à qui revient la charge de traduire chaque dossier patient en un GHM et donc en un tarif payable à l'hôpital par l'assurance maladie (Juven, 2013). La T2A, par le système de codage qu'elle implique, suppose donc de transformer les hôpitaux non plus en des entités en charge du soin, mais en charge de produire du soin, ou, plus précisément des GHM.

- 12 Si le mécanisme tarifaire constitue un instrument d'action publique et de gouvernement des hôpitaux (Lascoumes & Le Galès, 2004), il s'agit de voir ce qui le rend possible et qui constitue l'architecture de cet instrument, à savoir le calcul de coûts par séjours. Celui-ci permet en effet aux hôpitaux, depuis les années 1990, de connaître leurs « coûts de production ». Ils peuvent dès lors comparer ces coûts avec les tarifs attribués aux séjours pour observer leur performance. Les tarifs sont directement reliés à l'étude de coûts dans la mesure où ils sont fixés, en grande partie, à partir des coûts d'une cinquantaine d'établissements. La mise en œuvre de ce double mécanisme calcul de coûts/tarification constitue un tournant majeur en cela qu'elle permet désormais pour un hôpital de quantifier ses coûts de production et les recettes que son activité génère. Mais ce qui vaut pour un hôpital vaut également pour un service au sein de cet hôpital. Il devient possible pour les directions de quantifier les coûts de production d'un service et les recettes qu'il génère. C'est ici que nous proposons de penser cette situation comme impliquant une notion jusque-là étrangère à l'hôpital public : la rentabilité<sup>6</sup>. Ce que nous observerons en situation à partir de l'enquête ethnographique présentée plus loin.
- 13 La T2A coïncide avec un changement sémantique important concernant l'hôpital public : l'apparition systématique de l'expression « situation financière ». À partir du milieu des années 2000, les instances d'expertise comme l'Inspection générale des affaires sociales ou la Cour des comptes, n'utilisent quasiment plus le terme « budget », mais celui de « finances »<sup>7</sup>. Les hôpitaux deviennent responsables de leurs finances (Bocquet *et al.*, 2012) notamment du fait d'un mécanisme introduit en 2005 : l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Il oblige chaque hôpital à présenter annuellement en conseil de surveillance et à l'Agence Régionale de Santé ses prévisions financières et à assurer un suivi tous les quatre mois de l'activité prévue et de celle réalisée. Par là, l'hôpital se fixe donc des objectifs en termes d'activité, de recettes, de dépenses. En se fixant des objectifs, il se rend responsable de ses mauvaises prévisions. Cette autonomisation des structures hospitalières n'est pas étrangère à un régime de

gouvernement du service public par la performance économique, observable dans d'autres domaines comme l'université et étroitement lié au déploiement du *new public management* (Bruno, 2008). Elle implique l'usage de dispositifs de quantification afin d'assurer la profitabilité de certains « investissements » (un service de chirurgie ambulatoire par exemple). Les années 2000 marquent ainsi un changement pour l'hôpital public par sa conversion à une logique financière et non plus simplement budgétaire. Une analyse macro-sociologique ne peut cependant suffire à penser ces transformations dès lors qu'elles prennent forme et s'inscrivent dans des instruments maniés au quotidien, en l'occurrence les systèmes d'information et les nomenclatures comptables.

## Rendre possible une logique capitalistique

- 14 Le développement de cette logique financière se fait par des dispositifs circulant à l'intérieur de l'hôpital. Deux outils majeurs sont à étudier : le système d'information appelé Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), visant à décrire l'« activité » du service ; et le système de comptabilité analytique visant à estimer le coût de cette même activité. Le système d'information hospitalier (le PMSI) permet à un hôpital de savoir quels types de séjours il a produit et combien cela lui a rapporté. Comme indiqué plus haut, l'architecture de la T2A suppose que l'hôpital renseigne son activité dans le système d'information afin de percevoir une rémunération tarifée pour chaque patient. C'est ce système qui permet à une Direction de savoir ce que "rapporte" un pôle. Cependant, connaître les recettes de chaque pôle ne suffit pas à évaluer la productivité de ces derniers. Il faut utiliser, en plus, une comptabilité analytique permettant de connaître les coûts de production de chacun d'entre eux. Pour les hôpitaux, la comptabilité analytique est même inscrite dans la logique de la tarification à l'activité et de la « nouvelle gouvernance hospitalière » instituées dans les années 2000 (Schechter & Delnatte, 2010 : 3). La tarification transforme profondément l'hôpital dès lors qu'elle induit un mécanisme de coûts-recettes. Un service n'est plus seulement un objet médical ou organisationnel, il devient un sujet de préoccupation économique, sa capacité à engendrer plus de recettes qu'il ne génère de charges est interrogée.
- 15 Il est impossible de penser la T2A sans penser la comptabilité qui l'accompagne. Car c'est bien par l'articulation des deux que devient possible la mise sur un même plan du niveau d'activité d'une entité (l'hôpital, le pôle, et même nous le verrons plus loin, le médecin), les recettes que génère cette entité et les charges qui lui sont attribuées. Pour présenter aux médecins les indicateurs de performance, la Direction des finances mobilise des données à la fois comptables et les données du PMSI. Pris isolément, la comptabilité hospitalière et le PMSI présentent des logiques propres. Mais leur association permet aux gestionnaires de l'hôpital d'appréhender les médecins à l'aune du coût de leur action (c'est le rôle de la comptabilité), mais aussi à l'aune de leur « activité ». L'articulation du PMSI et de la comptabilité se fait dans les bureaux du contrôle de gestion. Le travail de « l'analyste de gestion » consiste surtout en un assemblage de données permettant d'aboutir à des Comptes de résultat comme celui retranscrit ci-dessous (Figure 1). Ce compte illustre précisément la capacité du PMSI et de la comptabilité analytique à dire si un pôle est rentable ou non en présentant les recettes, les dépenses, la balance des deux ainsi que l'évolution de la rentabilité du pôle d'une année sur l'autre :



Figure 1 – Compte de résultat du pôle urgence

COMPTE DE RÉSULTAT				
STRUCTURE PÔLE URGENCE ADULTES				
JANVIER À AOÛT 2011				
	2010	2011	Scalé (2011-2010)	%
<b>CHARGES</b>				
Dépenses directes				
1. Dépenses de Personnel				
Dont personnel médical	4 571 685,51	5 530 126,93	41 538,78	0,91%
Dont personnel infirmier	1 839 580,63	1 562 911,04	-276 669,59	
Dont Personnel non médical	2 382 922,63	2 394 904,56	11 981,93	
Dont Autre personnel	23 887,23	26 205,40	3 318,18	
2. Dépenses médicales				
Dont produits pharmaceutiques (dont consommables)	212 033,37	109 911,54	-102 121,83	
Dont Matériaux consommables et IMI infectieuses	22 535,40	30 252,28	7 716,88	
Dont produits sanguins	4 312,23	142 738,99	138 426,76	
Dont autres dépenses médicales	165 538,15	177 206,66	11 668,51	
3. Dépenses hospitalières et générales				
	162 385,05	165 814,19	3 429,14	2,06%
4. Dépenses d'investissement				
	119 897,23	130 787,12	12 889,89	11,88%
<b>Total dépenses directes</b>	<b>5 226 422,94</b>	<b>5 939 947,94</b>	<b>713 524,40</b>	<b>13,65%</b>
Dépenses indirectes				
5. Charges prestations médicales				
	1 434 214,09	1 505 520,33	71 306,24	4,97%
6. Logistique médicale				
	186 818,71	148 762,89	-38 055,82	-20,37%
7. Dépenses hospitalières et générales				
	1 339 673,82	1 467 236,97	127 563,15	9,52%
<b>Total dépenses indirectes</b>	<b>3 020 705,42</b>	<b>3 141 709,60</b>	<b>121 004,18</b>	<b>3,99%</b>
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>8 246 128,36</b>	<b>9 081 657,54</b>	<b>835 529,18</b>	<b>10,13%</b>
<b>RECETTES</b>				
1. Produits versés par l'assurance maladie				
1.1. T2A séjours				
Autres séjours	3 685 069,72	4 161 739,68	476 669,96	
<b>Scalé total</b>	<b>5 538 137,90</b>	<b>5 969 935,05</b>	<b>431 797,15</b>	<b>7,8%</b>
1.2. Forfait ambulances et IMI infectieuses				
	23 225,74	31 068,60	7 842,86	33,76%
1.4. Forfait amoxicilline				
	993 983,48	1 002 994,18	9 010,70	0,9%
1.5. Mission d'intérêt général				
	2 207 803,03	2 156 935,58	-50 867,45	-2,3%
2. Autres produits de factabilité hospitalière				
	887 688,49	752 242,72	-135 445,77	-15,26%
3. Autres produits				
3.1. Produits hospitaliers				
	39 488,77	10 118,00	-29 370,77	-74,4%
3.2. Redevance activité libérale				
	4 891,28	42 807,67	37 916,39	775,2%
3.3. Autres recettes				
	926 055,43	697 055,56	-228 999,87	-24,72%
<b>TOTAL RECETTES</b>	<b>9 452 049,93</b>	<b>9 670 966,54</b>	<b>218 916,61</b>	<b>2,32%</b>
<b>Résultat</b>	<b>1 205 921,57</b>	<b>1 192 918,60</b>	<b>-13 002,97</b>	<b>-1,08%</b>

- 16 Au même titre que les salarié.e.s du Département d'Information Médicale en charge du codage des dossiers, les contrôleurs ou contrôleuses de gestion constituent des médiateurs ou médiatrices de l'économicisation en permettant de dire la rentabilité ou non d'un service. L'argent alloué à un pôle n'est pas un budget à utiliser, mais les recettes d'une production à contrebalancer avec les coûts de celle-ci. Si les hôpitaux disposent d'une « situation financière », les pôles hospitaliers sont donc également pensés sous cet angle. L'ensemble des pôles est concerné par ces évaluations et les réunions ont lieu à la Direction des finances tous les quatre mois. La tarification à l'activité et les instruments qu'elle implique transforment donc, au-delà du seul hôpital, l'ensemble des pôles au sein de l'établissement en des entités economicisées.
- 17 Mais cette transformation de l'économie hospitalière n'est pas totale. En effet, même si une part importante des recettes est désormais fonction de l'activité et de la description de cette activité dans le système d'information, une part demeure financée selon des modalités budgétaires plus classiques. Ce que montre le compte de résultat du pôle urgence en est une bonne illustration. Le total des recettes, pour la période janvier-août 2011, est de 9,6 millions d'euros, mais seulement 5 millions proviennent du financement T2A. Il s'agit certes de plus de 50% des recettes générées par le pôle, mais elles sont complétées, principalement, par deux autres mannes, à hauteur de 3 millions d'euros : le forfait accordé aux services d'urgence et des enveloppes dites de Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). La T2A, le financement à l'activité et donc la logique économique de rentabilité ne s'appliquent ainsi pas jusqu'au bout puisque, pour couvrir les dépenses du service (8,4 millions pour janvier-août 2011), d'autres ressources sont nécessaires. Ceci n'est pas propre au pôle urgence de l'hôpital Sud. À l'échelle nationale, le financement des hôpitaux est marqué par cette hybridation d'une modalité tarifaire et d'une modalité budgétaire puisque, par



exemple, pour l'année 2011, les MIGAC représentent 11% du financement total des hôpitaux publics (Bruant-Bisson *et al.*, 2012). La présence de mode de financement hybride tend donc à nuancer une conversion pleine et entière de l'hôpital public à la logique capitaliste.

## Quantifier et qualifier les patients, les opérations, les services

- 18 La deuxième partie de cet article interroge la capacité de ces dispositifs à qualifier les entités (médecins, pôles) comme rentables ou déficitaires. Surtout, nous observons que les soins deviennent autre chose que des dépenses ; ils sont de potentiels fardeaux, car trop coûteux, ou au contraire des « actifs » à valoriser, car rentables et bénéfiques. Les processus de capitalisation sont observés ici empiriquement en plongeant au cœur de l'hôpital et de ses « activités ».

### « Est-ce qu'on fait les bonnes interventions ? »

- 19 La séparation entre des activités rentables et d'autres trop coûteuses ne se présente pas aussi nettement lors des réunions entre membres de la Direction des finances et médecins. Elle est impliquée dans des termes et des questionnements ambigus portant à la fois sur l'efficacité organisationnelle du service et sur ses résultats comptables. Partons ici d'un cas, celui d'un chirurgien responsable du pôle « Chirurgie viscérale », le Docteur Patrick, demandant à être reçu par la Direction des finances afin de clarifier certains points du Compte de Résultat (appelé CRÉA) de son pôle. Notre présence dans les services administratifs à ce moment-là nous permet alors d'assister à la réunion.

Extrait 1<sup>8</sup> :

**La directrice des finances** : Alors, on va prendre dépense après dépense. Le premier souci c'est que vos recettes, elles stagnent.

**Le chirurgien** : On a gagné 100 000 euros.

**La directrice des finances** : Oui, alors que là, en dépenses de personnel, vous en dépensez plus 300 000, en gros, sur les dépenses directes. Donc c'est ça le gros souci, c'est que si vous aviez boosté la T2A et les séjours, on n'aurait pas ça.

**Le chirurgien** : Mais on a été félicité en 2011 parce que le taux d'occupation du bloc était de 84%, c'est l'équivalent d'une clinique. Comment voulez-vous faire plus d'activité sur un bloc complet ? Faut qu'on m'explique.

**La directrice des finances** : Après est-ce qu'on fait les bonnes interventions ?

**Le chirurgien** : Mais est-ce qu'on a le choix dans un hôpital public de faire les bonnes interventions, non, mais vous rigolez !

**La directrice des finances** : Mais vous, vous faites bien les hernies, les machins, les trucs qui rapportent !

**Le chirurgien** : Mais on est dans un hôpital public, on ne peut pas faire les opérations qui rapportent et pas celles qui ne rapportent pas.

**La directrice des finances :** Mais c'est une question d'équilibre, je suis d'accord avec vous, il faut trouver le bon équilibre.

**Le chirurgien :** Mais on ne peut pas ! On prend les gens qui viennent. Vous croyez qu'on refuse des gens ? On prend les gens qui viennent !

- 20 En interrogeant la cohérence des quantifications le concernant, ce chirurgien va progressivement nous permettre d'explorer les ressorts de la comptabilité analytique et de ses outils d'inscription. Ce qu'exprime ce chirurgien, ce n'est pas une opposition à la mise en chiffre de la santé, ce n'est pas non plus, frontalement, l'usage des tarifs, c'est la *valeur conférée à son action* ou pour employer les termes consacrés, la *tarification de son activité*. L'idée de valeur renvoie ici explicitement à l'hybridation d'une quantification économique et d'une importance morale conférée à son travail. La non-sélection des patient.e.s et des interventions doit, pour lui, être intégrée dans cette évaluation économique, qui, sans la *prise en compte* d'impératifs cliniques et moraux, n'a pas de pertinence. Lors de cette réunion, un point particulièrement important est la question des recettes. Le problème du pôle Chirurgie Viscérale se situerait en partie à ce niveau : alors que les dépenses de personnel augmenteraient, les recettes elles « stagneraient ».
- 21 La mesure de l'activité ne peut être détachée d'une comptabilité plus large. Avancer que la valorisation du service a augmenté de 100 000 euros ne satisfait pas vraiment la directrice des finances qui, en articulant le mécanisme du PMSI (qui permet de dire combien rapporte le pôle) à celui de la comptabilité analytique, signale au chirurgien que le chiffre d'affaires doit toujours être contrebalancé par les charges nécessaires à son obtention. À la question « *Comment voulez-vous faire plus d'activité ?* », la directrice poursuit sa réflexion, si les recettes ont augmenté, mais insuffisamment au regard des dépenses, c'est justement en raison d'une activité problématique. Pour elle, la question n'est pas de savoir, dans ce cas très précis, comment augmenter l'activité, mais ce qu'est cette activité, ce qu'elle contient. Sans expliciter les transformations à apporter, elle indique ce qu'elle souhaite que les médecins produisent, par exemple des « *hernies, les machins, les trucs qui rapportent* ». Cette réunion est l'occasion d'observer en situation les conflictualités potentielles portées par un régime d'économicisation de l'hôpital public. Le raisonnement économique, mettant en balance des recettes et des dépenses conduit la direction à identifier des sources de profit qu'il convient, selon elle, d'amplifier.
- 22 Si la situation du pôle ne convient pas à la directrice des finances, la réunion est aussi l'occasion d'observer la production personnelle du Docteur Patrick qui, elle, s'avère plus satisfaisante (cf. : Figure 2). Pour la période allant de janvier à mars 2012, le Dr. Patrick se voit présenter la mesure de son activité, ou comme l'intitule le document, « *le suivi mensuel d'activité* ». Ces chiffres sont mis en perspective avec ceux de 2011; il s'agit bien pour la partie administrative de situer le médecin (et que lui-même se situe) en comparaison. Dans le cas du Dr. Patrick, trois grands points de quantification émergent : les consultations, les actes et les hospitalisations. Nous observons qu'il réalise entre 60 et 90 consultations par mois et qu'il a déjà pour cette année, en l'espace de trois mois, consulté davantage qu'en 2011 (221 consultations contre 178). Pour ce qui est des « *hospitalisations conventionnelles* », ce qui est appelé « *RUM* » (pour résumé d'unité médicale) ou « *séjour* », le docteur a hospitalisé 112 fois (une même personne pouvant revenir et être à nouveau hospitalisée) ce qui a rapporté à l'hôpital 311 434 euros. C'est un point clé du tableau présenté, à savoir l'attachement systématique d'une

action, qu'il s'agisse d'une consultation, d'une hospitalisation, d'une opération en ambulatoire, à un montant en euros. Ce médecin peut donc être félicité par la Direction des finances, il « produit » plus de soins que l'année précédente et rapporte davantage, comme le montre le document qui lui est remis.

Figure 2 : Combien rapporte un médecin ?

		Suivi Mensuel d'activité Janvier à Mars 2012			SIM 18/05/2012	
Tableau de synthèse de l'activité du DR. ... : Année 2012						
Suivi	Indicateurs	janv-12	févr-12	mars-12	Total	janv-déc 2011
1.a. Activité réalisée en consultation externe : consultations	Dénombrement et valorisation des actes affectés à l'UF... - Consultation Dr. ... codés en lettre clefs NGAP et CS	75	59	87	221	178
		2 208 €	1 702 €	2 300 €	6 210 €	5 152 €
1.b. Activité réalisée en consultation externe : actes techniques	Valorisation CCAM brute totale des actes techniques affectés à l'UF... - Consultation Dr. ...	423 €	283 €	218 €	924 €	728
2. Activité réalisée au bloc opératoire	Valorisation CCAM brute totale des actes techniques affectés à l'UF... - Bloc opératoire Dr. ...	12 456 €	13 008 €	15 389 €	41 855 €	31 475 €
3. Activité d'hospitalisation conventionnelle	Séjour (RUM) affectés au Dr. ... (code Orbis 130) en hospitalisation conventionnelle (Hors ambulatoire)	32	37	43	112	114
	Dénombrement et Valorisation 100% T2A	126 224 €	86 286 €	98 922 €	311 434 €	336 132 €
4. Activité d'hospitalisation en ambulatoire	Séjour (RUM) affectés au Dr. ... (code Orbis 13) en ambulatoire (Durée de séjour = 0 jours)	14	17	9	40	28
	Dénombrement et Valorisation 100% T2A	16 879 €	14 715 €	11 577 €	43 171 €	19 109 €

- 23 Il est également possible d'observer une logique de rentabilité dans les usages faits des gains financiers engendrés par l'activité. Ainsi, l'« intéressement » est une des pratiques désormais observables dans certains établissements. Les services réalisant des profits, et voyant leurs résultats s'améliorer de trimestre en trimestre, se voient dotés d'une partie des recettes que l'hôpital reçoit en T2A. Si nous reprenons le cas du pôle « urgence » mentionné plus haut, les bons résultats du pôle qui est excédentaire sur la période janvier-août 2011 (environ 1,2 millions d'euros de « profits ») vont lui valoir de recevoir une partie des gains réalisés à l'échelle de l'établissement. Là encore, la logique de la capitalisation se retrouve dans l'idée de générer de la valeur et de récompenser les entités productives. Mais à nouveau, le cas de l'intéressement illustre le paradoxe des processus de capitalisation à l'hôpital public.

Extrait 2 :

**Le responsable Urgences :** Alors justement, sur l'intéressement, il y a deux choses, bon c'est à la fois beaucoup et pas beaucoup. C'est pas parce qu'on a 70 000 euros qu'on va les dépenser, ça c'est clair, on en a parlé et je crois que c'est clair. On ne va pas se creuser la tête en se disant « il faut les dépenser » [...].

**Directrice des finances :** Oui, je ne peux pas vous obliger à dépenser [...].

**Le responsable Urgences** : On ne peut pas imaginer un compte intéressement ?

**Directrice des finances** : À voir. Parce que nous c'est un système qu'on découvre, on met les outils en place petit à petit.

**Le responsable Urgences** : [...] Là où je ne suis pas d'accord aussi c'est quand on demande certaines dépenses de fonctionnement et qu'on nous dit vous n'avez qu'à l'acheter avec l'intéressement, ça a été le cas notamment sur du matériel médical à l'unité post-urgence où ils ont demandé des aérosols sous air. C'est un truc qui est indispensable d'avoir des aérosols pas en oxygène mais en air, il y en avait quatre, il y en a deux ou trois qui ont été cassés, mais ça ... il faut bien se méfier l'intéressement c'est des dépenses qui sont exceptionnelles, c'est pas pour fonctionner, c'est pas des dépenses de fonctionnement !

**Directrice des finances**: Je dirais que ...

**Le responsable Urgences** : Non parce que si on renouvelle une voiture du SMUR on va l'acheter avec l'intéressement ?!

**Directrice des finances** : Peut-être pas quand même mais l'intéressement c'est la possibilité d'avoir une gestion qui ne relève que de vous.

- 24 Les difficultés à s'entendre sur les règles d'usage de l'intéressement montrent précisément l'ambiguïté de la logique de rentabilité pour un hôpital public. De bons résultats financiers permettent de reverser une partie des gains à des pôles performants mais ces récompenses financières ne peuvent être ni privatisées (par exemple sous forme de primes individuelles) ni épargnées afin de constituer une réserve à investir à l'avenir (Jehanno, 2010). À nouveau, la logique de capitalisation qui s'observe du fait de la T2A et de la constitution de pôles hospitaliers, entendus comme des unités médicales mais aussi de gestion, apparaît ici comme un processus incrémental mais dont la portée demeure contenue par les logiques propres à l'hôpital public : un établissement public à but non lucratif.

### Un « truc qui rapporte » : la chirurgie ambulatoire

- 25 La rentabilité ne passe pas seulement par la production du soin en quantité, mais par la sélection des activités qui s'avèrent profitables aux comptes de l'hôpital. Ces activités ne sont bien sûr pas profitables en elles-mêmes mais définies comme telles par les pouvoirs publics. La tarification à l'activité est à nouveau un dispositif crucial dans la définition économique des actions médicales. En survalorisant certains types de séjours, c'est-à-dire en leur attribuant un tarif supérieur au coût moyen de prise en charge, l'État et l'assurance maladie entendent inciter les hôpitaux à soigner selon certaines modalités précises. Parmi les incitations que la tarification à l'activité a mise en œuvre, la chirurgie ambulatoire<sup>9</sup> fait figure de priorité pour les tutelles (Joven, 2013). Cette priorité doit s'incarner dans les indicateurs économiques de façon extrêmement prégnante de façon à ce que les acteurs intermédiaires de l'économicisation hospitalière (la Direction, la Direction des finances, le contrôle de gestion, la comptabilité) orientent l'activité des médecins.

- 26 Et sur ce point très précis, la directrice des finances estime que le pôle du Docteur Patrick ne travaille pas assez en ambulatoire.

Extrait 3 :

**La directrice des finances :** Regardez, on parle des hernies inguinales adultes. Regardez, le Dr Louis, lui il cartonne, Louis il en fait 96% en ambulatoire chez les enfants.

**Le chirurgien :** Ben il fait des hernies et des circoncisions.

**La directrice des finances :** Ah ça les circoncisions ça y va ! Chez les adultes 21% faite en ambulatoire. 52% ont passé une nuit, 17% ont passé deux nuits, et après il y a un petit chouïa qui a passé plus de deux nuits. Je veux dire là on est sur un chiffre super important, je veux dire ça, on sait qu'on peut raccourcir cette durée.

**Le chirurgien :** Mais « on le sait » ... c'est vous qui le dites.

**La directrice des finances :** Mais au niveau national, les hernies, c'est plus de 60% qui sont faites en ambulatoire.

**Le chirurgien :** Mais il faut voir la moyenne d'âge, moi tout ça, c'est des chiffres, ça ne veut rien dire, enfin je ne suis pas d'accord. Ça dépend des gens.

**La directrice des finances :** Quand on est à 21%, on sait qu'on n'est pas dans les clous, même si vous aviez tous les centenaires ...

**Le chirurgien :** C'est 30% qu'on nous demande.

**La directrice des finances :** Non, les hernies, c'est beaucoup plus que ça. Je peux vous donner la moyenne nationale. Je le sais parce qu'à l'hôpital Y<sup>10</sup>, on était mieux que vous, et clac, accord préalable de l'assurance maladie<sup>11</sup>. On n'en faisait pas assez.

**Le chirurgien :** Bon, on va s'améliorer. Mais en quoi ça plombe le service ?

**La directrice des finances :** Mais derrière on loupe des séjours !

- 27 Pour la Direction des finances, la santé financière de l'hôpital suppose que le pôle du docteur Patrick prenne en considération la nécessité économique de pratiquer davantage d'interventions chirurgicales en ambulatoire. Le décompte en pourcentage des patient.e.s hospitalisé.e.s une nuit ou plus l'indique : dès lors qu'ils ou qu'elles ne rentrent pas dès le soir même à leur domicile, l'hôpital supporte un coût lié à l'hospitalisation, à la surveillance des lits la nuit, à l'hôtellerie, à la blanchisserie, à la restauration, etc. qui devrait être évité. Cette nécessité, telle que la présentent les gestionnaires, implique un travail d'équipement pour convaincre les médecins. Ceci invite à penser les transformations économiques de l'hôpital public comme reposant en majeure partie sur des phénomènes de comparaison, de pratiques et de performance (Bruno & Didier, 2013 ; Juven, 2015). En prenant appui sur des statistiques produites par l'administration nationale et par l'agence en charge de l'information hospitalière<sup>12</sup>, la directrice des finances peut statuer sur le caractère ou non performant du pôle. C'est cet outillage à la fois comptable, économique et médical qui permet de désamorcer la critique du médecin. Dans notre cas, le docteur Patrick répond ainsi que « *tout ça, c'est des chiffres, ça ne veut rien dire* ». Si convoquer la statistique médicale en appui de la performance économique constitue l'une des stratégies de conviction de la part des

Directions, une remise en cause de la pertinence de la quantification est également observable.

- 28 Ceci n'exclut cependant pas que cette quantification et ces discours de la direction des finances n'aient pas d'effets sur la pratique médicale. Loin de n'être qu'un discours de façade (« *bon, on va s'améliorer* »), la position du chirurgien est bien d'accepter de pratiquer davantage d'actes chirurgicaux en ambulatoire. Dans le cadre de notre ethnographie, la directrice des finances faisait remarquer au médecin DIM, lors d'une réunion, qu'une cholécystectomie allait être tentée en ambulatoire par le docteur Patrick :

**La Directrice des Finances :** (Le docteur Patrick) va faire ses cholécystectomies en ambu !

**Le Médecin DIM :** Il va les faire en ambu ?

**La Directrice des Finances :** La première, début juillet. Ça fait partie des convergences tarifaires. C'est bien !

**Le Médecin DIM :** Oui, ça bouge.

**La Directrice des Finances :** Oui, enfin, il n'y a que lui qui bouge.

**Le Médecin DIM :** D'autres peuvent suivre derrière.

**La Directrice des Finances :** J'espère...

- 29 L'interaction indique clairement que, si des résistances existent au sein de la profession médicale, certain.e.s soignant.e.s acceptent néanmoins de suivre les recommandations en matière de développement de la chirurgie ambulatoire, recommandations appuyées par les gestionnaires de l'établissement. Dans ce cas précis, le développement des cholécystectomies en ambulatoire est d'autant plus voulu par la Directrice des finances que ces interventions « *font partie des convergences tarifaires* », c'est-à-dire qu'une cholécystectomie en ambulatoire est désormais autant payée qu'une cholécystectomie avec nuitée. Il y a donc tout intérêt pour l'hôpital et ses comptes à les pratiquer en ambulatoire, ce que reconnaît par ailleurs le docteur Patrick :

Q. : Par exemple la cholécystectomie ? Vous allez la faire, qu'est-ce qui vous a motivé ?

Dr Patrick : Parce que j'étais séduit par le fait qu'on fasse ça en ambulatoire ! Il y a aussi des gens qui sont demandeurs, alors j'ai sondé les gens. Mais je suis conscient qu'il faut faire des économies [...]. Très bien, à partir du moment où c'est faisable, parce que nous on est un petit centre, on n'est pas un centre d'expert. Après si j'ai un souci, c'est pas le directeur qui va prendre !

- 30 La chirurgie ambulatoire n'est ainsi pas seulement un type d'activité parmi d'autres. Elle fait l'objet d'une attention soutenue de la part de la Direction des finances qui voit en elle plus qu'un service médical. Elle est un actif, une source de revenus mais surtout une source de profits. Et comme tout actif, il s'agit pour la Direction de le valoriser, d'en étendre la potentialité future. C'est pourquoi, en 2012, alors que nous réalisons cette enquête, des travaux étaient en cours pour agrandir l'unité de chirurgie ambulatoire de façon à accueillir davantage de patient.e.s. C'est en ce sens que nous parlons de processus de capitalisation à l'hôpital public. Ce fort engagement dans le développement de la chirurgie ambulatoire, si nous l'observons à l'Hôpital Sud, est

aussi observable plus largement à l'échelle nationale puisqu'entre 2007 et 2013, son taux est passé de 32 à 43% (Bert *et al.*, 2014).

## Faire sortir les patients trop coûteux ?

- 31 Si des activités « rapportent », il en est en revanche qui deviennent trop coûteuses. L'économicisation de l'hôpital implique en contrepartie l'objectivation de fardeaux financiers. La durée de séjour joue un rôle majeur dans l'organisation économique et le travail de catégorisation des patient.e.s. Le coût excessif d'un.e patient.e est rapidement identifié par une durée excédant la moyenne. La réunion entre la directrice des finances et le docteur Patrick est à nouveau un moment adapté à l'observation de la construction d'un discours sur les patients problématiques qui ne resteraient pas « *la durée qu'il faut* ».

Extrait 4 :

**La directrice des finances** : Indépendamment du bloc, je pense qu'il y a à travailler sur la durée de séjour. Quand on regarde la durée de séjour du service, on a une durée de séjour qui est très atypique par rapport à la durée nationale. Est-ce que les gens, est-ce que la sortie à lieu, pour vous peut-être, mais est-ce que globalement dans votre service, les gens restent la durée qu'il faut ?

**Le chirurgien** : Mais bien sûr. On est tous sensibles à ça, mais parfois vous ne pouvez pas faire autrement. Est-ce que vous avez pris la moyenne d'âge de nos hospitalisés ?

**La directrice des finances** : Ça c'est déjà pris en compte. Quand on vous compare par rapport au national, on compare par rapport au même séjour, c'est-à-dire un hôpital qui prend en charge quelque chose de compliqué.

**Le chirurgien** : Par pathologie vous faites ?

**La directrice des finances** : Absolument.

**Le chirurgien** : Mais en vésicule par exemple.

**La directrice des finances** : Alors j'ai le global service, je suis en train de demander au département d'information médicale de faire pathologie par pathologie. Comme ça on verra sur quel type de séjour on peut gratter. Par exemple les cholécystectomies, il est possible pour certains patients de réduire la durée.

**Le chirurgien** : Mais pareil, pour les hernies, sinon je ne ferais pas d'ambulatoire.

**La directrice des finances** : Eh bien voilà, hernie bing ! Les gens qu'on fait passer une nuit, voire deux nuits pour les hernies ! Ces gens là ils nous immobilisent les lits, parce que pendant ce temps on ne peut pas mettre un autre patient, vous êtes d'accord.

**Le chirurgien** : Oui, mais entre mettre quelqu'un à la porte en lui disant « mais on s'en fout si vous avez mal » ...

**La directrice des finances** : Oui, mais il y a des pratiques abusives, ce n'est pas votre pratique à vous.

**Le chirurgien** : Mais ne séparez pas, mais ne séparez pas, je parle en mon nom, mais je ne parle pas que de mon cas personnel.



**La directrice des finances** : Non, mais on voit des choses.

**Le chirurgien** : J'avais demandé combien ça coûte une dame, on n'arrive même pas à la placer, ça fait un mois, elle est rentrée pour une occlusion, vous vous rendez compte, elle a 91 ans, il fallait l'opérer à 91 ans, personne ne l'a opérée. Elle va partir demain, je l'ai opéré le 24 mars. Ça fait un mois et demi, qu'est-ce que vous voulez coter ? Elle est grabataire, elle ne parle pas, elle a du mal à marcher, qu'est-ce que vous voulez gratter dans son séjour ? Mais j'en ai plein dans le service.

- 32 Le médecin qui pouvait accepter plus tôt que certaines prises en charge soient réalisées davantage en ambulatoire (« *bon, on va s'améliorer* ») est cette fois-ci moins conciliant, considérant que la distinction entre des médecins aux pratiques abusives et d'autres est particulièrement maladroite (« *mais ne séparez pas* »). À nouveau, l'antagonisme survient dès l'instant où la statistique administrative et gestionnaire cesse de prendre en compte des critères d'évaluation de l'action médicale que le responsable de pôle considère indispensables. L'attention portée à la situation individuelle de la personne, son âge, la gravité de sa pathologie et des conséquences qu'elle a sur sa vie quotidienne doivent nuancer les conclusions de la direction concernant la valeur des patient.e.s. Et tout autant qu'un usage automatique de la statistique à des fins d'évaluation, c'est la distinction de praticien.ne.s respectant les normes de la durée de séjour et de ceux ou celles la dépassant qui est rejetée par ce chef de pôle. Afin de montrer que tou.te.s les professionnel.les de santé ont affaire à des cas considérés comme trop coûteux, il prend l'exemple d'une de ses patientes de 91 ans. Cet exemple, qu'il mobilise afin de justifier la nécessité de saisir les cas singuliers dans leur totalité (quelle pathologie, quelle situation personnelle, quelle situation sociale, quel besoin de suivi, etc.), ne va pas rester sans alerter la directrice des finances. Le lendemain, alors que le docteur Patrick accepte de nous recevoir en entretien privé, il commence ainsi :

Dr Patrick : Alors, voilà le mail que j'ai reçu aujourd'hui : Mercredi, Mr X (le directeur de l'hôpital), le 6 juin à 11h40, "Nous travaillons sur le sujet de la Durée Moyenne de Séjour", c'est peut-être pas par hasard que j'ai reçu ça. "Nous devons nous voir à ce sujet, à titre d'exemple, je vous communique en pièce jointe les durées de séjour"<sup>13</sup>. C'est ça en fait. Regarde. C'est tous les patients, et il m'entoure ça. Mme Martin, 23 jours ...

Q. : C'est lui qui a entouré les séjours ?

Bien sûr, c'est lui, c'est dans la pièce jointe regarde. C'est pas moi. Entouré à la main. Regarde. Je l'ai sorti, 23 jours, 27 jours, 44 jours, 35 jours, 69 jours. Il se trouve qu'elle fait partie des patients dont je parlais, Mme Hélène, je lui donnais un exemple, 69 jours. 91 ans, c'est elle que j'ai opérée le 24 mars d'une occlusion, [...] je l'ai opérée, elle s'en est bien sortie, mais le temps que ça reprenne, un transit, sous la peau, l'intestin n'est pas couvert. C'est long !

Q. : Ça prend combien de temps ?

Ça a pris trois, quatre semaines avant qu'elle ait un transit correct. Déjà, et puis le temps qu'on la retape. On l'a gardée pour surveiller, pour la remettre en forme, elle vomissait, et au bout d'un mois-et-demi, deux mois, on a lancé les convalescences, parce qu'elle ne peut

pas être seule, mais personne ne voulait la prendre, mais qu'est-ce que tu veux que je fasse ? Prendre le téléphone et appeler toutes les maisons de retraites pour dégager une personne ? Mais on devient fou ! Tu reçois ça (en montrant la pièce jointe) ! [...]

Q. : Et dans ce cas pourquoi est-ce que vous ne renvoyez pas patient par patient, trois quatre lignes au directeur en lui expliquant ?

Mais tu trouves normal qu'on remette en cause notre pratique ?! Parce qu'on garde les gens ! Mais tu crois que c'est par plaisir qu'on garde les gens ? [...].C'est l'effet pervers du système. Mais ils vont trier des gens qui peuvent rentrer chez eux. Mais à 23 jours, impossible de la sortir cette dame, elle souffre le martyre. En fait elle a une amputation abdomino-périnéale donc j'ai enlevé le rectum, tout l'anus, il n'y en a plus, et on ferme. J'ai fermé, j'ai enlevé le vagin parce que ça envahissait, donc elle a une poche définitive pour les selles et après on a un trou, tout le trou par le bas, elle s'est fermée deux mois, trois mois. Et m'a recontacté il y a deux mois, elle m'appelle par téléphone, “ça va pas, j'ai trop mal, ça c'est rouvert”. Je la vois, je dis c'est pas possible qu'elle souffre autant. Il faut que je l'hospitalise, je la reprends au bloc opératoire, pour faire un pansement qui ne coûte rien du tout, donc j'ai occupé le bloc pendant quinze minutes pour une intervention peanuts, mais c'est une patiente ! Et là, je fais des biopsies ... récidive. Elle flambe, et c'est pour ça que le cancer flambe et elle a mal. Et elle a un trou comme ça ! Comment voulez-vous qu'on fasse des pansements à domicile avec la souffrance qu'elle a ?

- 33 Dès le lendemain de la réunion avec la directrice des finances, il reçoit donc un courrier lui indiquant que certain.e.s de ses patient.e.s sont problématiques, qu'ils-elles sont à l'hôpital depuis trop longtemps. Le caractère coûteux voire plombant les comptes du service n'est pas ignoré par le médecin mais cet aspect est contrebalancé par des nécessités cliniques : l'état de santé de Mme Hélène ne lui permet pas de rentrer chez elle et aucun établissement voisin ne peut (ou ne veut – nous ne pouvons pas le savoir) l'accueillir. C'est sur ce point que l'hôpital public, s'il est perméable aux logiques économiques, ne s'y résume cependant pas entièrement dès lors qu'il a également à traiter de corps malades et dont il ne peut se défaire. La « tension critique » (Boltanski & Thévenot, 1991) propre à cette situation tient à la difficulté d'articuler une logique de sélection et de tri basée sur des éléments administratifs et comptables à une conception sociale et politique de l'hôpital public, ne devant précisément pas avoir à opérer de distinction. C'est à ce niveau qu'une différence peut être identifiée entre une logique gestionnaire, qui viserait à un usage justifié et raisonné des moyens attribués à l'hôpital et à ses services, et une logique capitaliste, qui enjoint l'ensemble des acteurs à se penser comme des agents économiques devant viser la rentabilité et la profitabilité de leurs structures. L'idée de « tri » que dénonce le chef de pôle est précisément la conséquence de la logique capitaliste. Si elle existe bien au-delà des services de chirurgie viscérale et peut reposer sur des justifications autres qu'économique<sup>14</sup>, l'opération de tri repose ici explicitement sur le fait que des patient.e.s s'écartent des normes médicales et comptables et mettent en péril l'équilibre financier de l'établissement. Cet extrait d'entretien ainsi que le document mentionné par le

médecin (la pièce jointe du mail du directeur) indiquent clairement que le caractère coûteux des patient.e.s n'est pas sans poser problème à la Direction. À côté de la promotion d'activités rentables comme l'ambulatoire, un travail de contrôle des activités déficitaires prend donc place.

Figure 3 : Des patient.e.s indésirables

Prevention@me Page 1 sur 1

**CENTRE HOSPITALIER DE**

Occupation décomptée le 06/06/2012 08:46

Recherche par nom

**LISTE DES PATIENTS DE L'UFH -CHIRURGIE VISCÉRALE**

IEP	Sexe	Nom	Né(e) Le	Entrée le	Depuis	Lit
019	B	Gino	09/11/1942	05/06/2012 06:53	1 jour 292P	0510
019	B	Georges	02/10/1927	05/06/2012 16:35	16 heures 291P	0510
019	B	Samia	24/07/1962	04/06/2012 08:20	2 jours 283S	0510
019	B	Pierre	07/02/1929	03/06/2012 12:46	3 jours 285P	0510
019	B	Yvonne	10/03/1956	05/06/2012 16:00	17 heures 286P	0510
019	B	Claudé	04/07/1941	14/05/2012 09:00	23 jours 285S	0510
019	B	Pierre	10/12/1936	04/06/2012 08:00	2 jours 292P	0510
019	C	Océane	02/12/1996	30/05/2012 07:00	7 jours 287P	0510
019	C	Claudine	19/03/1924	10/05/2012 17:46	27 jours 287P	0510
019	C	Nicole	08/09/1935	27/05/2012 16:46	10 jours 290P	0510
019	C	Marthe	03/11/1923	05/06/2012 17:10	16 heures 284F	0510
019	D	Gaston	02/01/1939	23/04/2012 16:34	44 jours 278F	0510
019	D	Henri	28/02/1937	24/05/2012 09:04	13 jours 281F	0510
019	D	Chantal	03/11/1961	05/06/2012 15:00	18 heures 280P	0510
019	E	Pierre	17/03/1931	09/06/2012 05:10	1 jour 281P	0510
019	FI	Bernadette	01/03/1956	05/06/2012 15:56	17 heures 278F	0510
019	FI	Emile	14/06/1932	03/06/2012 17:37	3 jours 277P	0510
019	JJ	Marcelle	28/09/1928	05/06/2012 15:55	17 heures 278P	0510
019	LI	Jean	02/10/1961	29/05/2012 15:13	8 jours 276P	0510
019	M	Anne	12/01/1963	05/06/2012 07:00	1 jour 293F	0510
019	P	Alain	23/11/1953	02/05/2012 18:24	35 jours 275P	0510
019	S	Louis	01/04/1942	31/05/2012 17:03	6 jours 291F	0510
019	S	Hasan	04/07/1950	06/06/2012 07:00	2 heures 282F	0510
019	S	Nadine	21/11/1955	01/06/2012 14:37	5 jours 283P	0510
019	TI	Emilienne	17/05/1929	02/06/2012 13:16	4 jours 286P	0510
018	TI	Helene	17/05/1922	29/03/2012 14:49	69 jours 290F	0510
018	VI	Jacqueline	21/08/1931	03/04/2012 15:46	84 jours 288S	0510
019	W	Jacqueline	14/07/1954	04/06/2012 16:19	2 jours 279S	0510
018	ZI	Marie	27/03/1931	23/05/2012 19:36	14 jours 284P	0510

Page précédente

<http://www.wim.servmeuv/index.php?uf=0510> 06/06/2012

- 34 Une autre limite des processus de capitalisation et de la création d'entités que l'on peut qualifier de « déficitaires » réside donc dans le maintien d'une autonomie de la profession médicale et d'une ligne d'autorité professionnelle (Smith, 1963) toujours présente, bien qu'affaiblie au fil des réformes de l'hôpital depuis une vingtaine d'années (Evetts, 2011 ; Noordegraaf, 2007). La décision de faire sortir un.e patient.e ne peut être prise par la direction de l'établissement ; elle est entièrement de la responsabilité du médecin. Ce que nous observons ici n'est donc pas un renversement des prérogatives à l'hôpital mais un travail d'incitation que réalise la direction. La logique de capitalisation et de sélection entre des prises en charge coûteuses et d'autres rentables n'est néanmoins pas sans effet sur ce médecin. Tout en refusant de faire sortir des patient.e.s sous prétexte qu'ils.elles coûteraient trop cher, il accepte, comme nous l'avons vu précédemment, de pratiquer davantage d'actes chirurgicaux en ambulatoire pour certaines opérations. Et s'il n'est pas possible pour une Direction de demander l'exclusion de patient.e.s pour des raisons financières (le médecin demeurant autonome dans ses choix), nous voyons ici que le directeur de l'hôpital n'hésite pas en revanche à signifier qu'ils.elles posent un problème. De même que pour l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire, la gestion de la DMS à l'Hôpital Sud est révélatrice d'une tendance plus ample. En effet, entre 2001 et 2009, la durée moyenne de séjour a baissé de 4,2% à l'échelle nationale (DREES, 2012).

## Conclusion

- 35 L'enquête conduite dans un hôpital public français et l'étude du déploiement d'une tarification à l'activité confirme clairement un déplacement. L'hôpital n'est plus seulement un lieu médicalisé et disciplinaire, mais aussi un lieu économicisé et pensant son activité selon des logiques capitalistiques de « création de valeur ». L'organisation de l'hôpital est également la marque de choix d'investissements, le fruit de calculs d'efficacité, d'un *contrôle de gestion*. Ceci ne signifie pas une mise en marché ou la disparition du pouvoir médical mais une recomposition de l'hôpital public, transformé en une entité voyant, dans certains de ses services, des fardeaux économiques et, dans d'autres, des actifs à valoriser encore davantage afin d'assurer la « santé financière » de l'établissement. Désormais, chaque hôpital, chaque pôle et chaque médecin sont soumis à des évaluations en termes de rentabilité, de rapport entre les recettes qu'ils reçoivent ou permettent de recevoir et les coûts de production que leur travail suppose.
- 36 Cette économicisation suppose l'articulation de dispositifs de calcul comme la comptabilité analytique, des instruments de financement comme les tarifs et des critères plus anciens comme la durée moyenne de séjour. Cet article montre l'importance d'enquêtes ethnographiques pour étudier les processus d'économicisation et, au-delà, les processus de capitalisation, c'est-à-dire, non pas seulement la monétarisation du soin hospitalier et sa conversion à des logiques d'efficacité, mais une dynamique cognitive et matérielle faisant de la création de valeur un des ressorts de l'action. À l'hôpital, ce ne sont pas seulement les départements médicaux qui doivent faire l'objet d'enquêtes mais aussi les services administratifs et de gestion. L'enquête conduite ici indique d'ailleurs que ces services (médicaux et gestionnaires) interagissent en permanence et qu'enquêter sur les uns ne signifie pas rendre invisibles les autres. Au contraire, en portant la focale sur les acteurs gestionnaires, les professionnels de santé et la médecine sont aussi étudiés mais sous l'angle de leur efficacité<sup>15</sup>.

---

## BIBLIOGRAPHIE

BELORGEY N., 2010. L'Hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public ». Paris, La Découverte.

BENAMOUZIG D., 2005. La santé au miroir de l'économie. Paris, PUF.

BERT T., HAUSSWALT P., WEIL M., D'AUTUME C., DUPAYS S. et PERLBARG J., 2014. Perspective du développement de la chirurgie ambulatoire en France, Rapport IGAS et IGF.

BEZES P., DEMAZIÈRE D., LE BIANIC T., PARADEISE C., NORMAND R., BENAMOUZIG D., PIERRU F. et EVETTS J., 2011. « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 53, 3 : 293-348.

- BEZES P., 2012, « État, experts et savoirs néo-managériaux : Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », Actes de la recherche en sciences sociales, 193, 3 : 16-37.
- BOCQUET PY., BONNET JL., LALANDE F. et SCOTTON C., 2012. « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ? », Rapport pour l'IGAS.
- BOLTANSKI L. et THÉVENOT L., 1991. De la justification. Les économies de la grandeur. Paris, Gallimard.
- BOUDIA S. et PESTRE D., 2016. « Mises en économie de l'environnement et hégémonie politique. Remarques introductives », Revue écologie et politique, 52 : 13-18.
- BRUANT-BISSON A., CASTEL P. et PANEL M-P., 2012. Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, Rapport IGAS.
- BRUNO I., 2008. À vos marques, prêts... cherchez ! La stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche. Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant.
- BRUNO I. et DIDIER E., 2013. Benchmarking. L'État sous pression statistique. Paris, La Découverte.
- CHAUVENET A., 1973. « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », Revue française de sociologie, 14 : 61-76.
- CHEVANDIER C., 2009. L'hôpital dans la France du XXe siècle. Paris, Perrin.
- DESROSIÈRES A. 2008. « Discuter l'indiscutable : raison statistique et espace public », In DESROSIÈRES A., Pour une sociologie historique de la quantification, Paris, Presses de Mines : 77-100.
- DIDIER E., 2009. En quoi consiste l'Amérique ? Les statistiques, le New Deal et la démocratie. Paris, La Découverte.
- DOMIN JP., 2008. Histoire économique de l'Hôpital, Tome 1, Paris, La documentation française.
- DREES, 2012. « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 », Dossier solidarité et santé, 25.
- DREES, 2016, Les dépenses de santé en 2015, En ligne, 80-83, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>.
- DUSSAUGE I., HELGESSON C-L. et LEE F., 2015. Value Practices in the Life Sciences and Medicine. Oxford, Oxford University Press.
- ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.-C. et TONNEAU D., 2000. La Démarche gestionnaire à l'hôpital, Le PMSI, 2. La régulation du système hospitalier. Paris, Seli Arslan.
- EVETTS J., 2011. « A new professionalism? Challenges and opportunities », Current Sociology, 59, 4 : 406-422.
- FORTIN S. et KNOTOVA M., 2013. « Île, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière ». Anthropologie et Sociétés, 37, 3 : 9-24.
- FREIDSON E., 2001. Professionalism: The Third Logic. Londres, Polity.
- GRIMALDI A., 2009. L'hôpital malade de la rentabilité. Paris, Fayard.
- GUIGNER S., 2003. « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership ». Politiques européennes, 3, 11 : 31-56.
- HERZLICH C., 1973. « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », Revue française de sociologie, 14 : 41-59.

- JEHANNO L., 2010. La politique d'intéressement dans les contrats de pôle : levier de nouvelles pratiques managériales et outils de mesure de la performance, Mémoire EHESP.
- JUVEN P.A., 2013. « Produire l'information hospitalière. Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7, 4 : 815-835.
- JUVEN P.A., 2015. « Concurrence par comparaison et quasi-marché : l'hôpital public aux prises avec la T2A ». *Revue de la régulation*, 17 : en ligne, <http://journals.openedition.org/regulation/11219>.
- JUVEN P.A., 2016. Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public. Paris, Presses Universitaires de France.
- JUVEN P.A., 2017. « Gouverner avec tact et mesure : Ajuster les budgets hospitaliers à la marge ». *Sociologie du travail*, 59, 2 : en ligne, <http://journals.openedition.org/sdt/765>.
- KUHLMANN E., BURAU V., CORREIRA T., LEWANDOWSKI R., LIONIS C., NOORDEGRAAF M. et REPULLO J., 2013, « 'A manager in the minds of doctors' : a comparison of new modes of control in European Hospitals », *BMC Health Services Research*, 13, 1 : 246-257.
- LACHENAL G., LEFÈVE C. et NGUYEN V-K. (dir.), 2014. La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie. Paris, Presses Universitaires de France.
- LASCOUMES P. et LE GALES P. (dir), 2004. Gouverner par les instruments, Paris, Presses de Sciences-Po.
- MAYES R. et BERENSON R., 2008. Medicare Prospective Payment And The Shaping Of US Health Care. Princeton, Princeton University Press.
- MINTZBERG H., 1982, Structure et dynamique des organisations, Paris, Éditions d'Organisation.
- MUNIESA F., DOGANOVA L., ORTIZ H., PINA-STRANGER A., PATERSON F., BOURGOIN A., EHRENSTEIN V., JUVEN P.A., PONTILLE D., SARAC-LESAVRE B. et YON G., 2017. Capitalization : A Cultural Guide, Paris, Presses des Mines.
- NOORDEGRAAF M., 2007, « From 'Pure' to 'Hybrid' Professionalism. Present Day Professionalism in Ambiguous Public Domains », *Administration & Society*, 39, 6 : 761-785.
- PENEFF J., 1992. L'hôpital en urgence. Étude par observation participante. Paris, Métailié.
- PIERRU F., 1999. « L'hôpital-entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée ». *Politix*, 12, 46 : 7-47.
- PIERRU F., 2004. « Un classement révélateur. Les voies de l'économicisation de la doctrine de l'Organisation mondiale de la santé », In HASSENTEUFEL P., HENNION-MOREAU S. (dir.), *Concurrence et protection sociale en Europe*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes : 265-290.
- PIERRU F., 2007. Hippocrate malade de ses réformes. Bellecombe-en-Bauges, Éditions du croquant.
- PRESTON A., CHUA W-F. et NEU D., 1997. « The Diagnosis-Related Group-Prospective Payment System and the problem of the government of rationing health care to the elderly », *Accounting, Organizations and Society*, 22, 2 : 147-164.
- SCHECHTER F., DELNATTE J-C., 2010, Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé, Rapport pour l'IGAS.

SEWELL Jr., 2009, « From State-Centrism to Neoliberalism. Macro-Historical Contexts of Population Health since World War II », In HALL P., LAMONT M. (dir.), *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*, New-York, Cambridge University Press : 254-287.

SMITH H., 1963, « Two lines of authority : the hospital's dilemma », In FRIEDSON E., (dir.), *The hospital in modern society*, New-York, Free Press : 59-64.

STRAUSS A., SCHATZMAN L., BUCHER B., EHRLICH D. et SABSHIN M., 1963. « The Hospital and Its Negotiated Order », In FREIDSON E. (dir), *The Hospital in Modern Society*. New-York, The Free Press : 147-168.

## NOTES

1. Ce qui ne s'observe pas que dans le cas français. Le cas américain est sur ce point très documenté (Preston et al., 1997 ; Mayes & Berenson, 2008).
2. Une étape intermédiaire est observable en France avec les années 1950 et la diffusion d'une logique d'usage en théorie « raisonné » des moyens alloués selon un système dit de « prix de journée ».
3. La notion d'économicisation, particulièrement mobilisée en sociologie et sociologie politique de la santé (Guigner, 2003 ; 2011 ; Pierru, 2004) renvoie à la conversion d'activités à des logiques économiques, à la fois en termes cognitifs (les raisonnements et finalités sont marqués par exemple par l'idée d'efficacité) et matériels (ces logiques s'inscrivent dans des dispositifs d'action et de pouvoir, par exemple la comptabilité).
4. Tous les services hospitaliers connaissent cette distinction entre des patients "acceptables" en termes comptables et d'autres problématiques car trop coûteux. L'enquête ethnographique rapportée dans cet article prend le cas d'un service de chirurgie viscérale.
5. La répartition genrée du travail hospitalier (des femmes pour les tâches administratives et des hommes pour l'activité clinique) serait par ailleurs à étudier plus en détail et par une analyse plus large à l'échelle nationale.
6. Le terme est par ailleurs mobilisé dans un registre critique par certain.e.s pour dénoncer une conversion de l'hôpital à une logique marchande, la T2A conduisant à créer un « hôpital business à l'américaine » (Grimaldi, 2009 : 16).
7. Par exemple le rapport Annuel Sécurité Sociale de la Cour des comptes de 2010 était intitulé « La situation financière des hôpitaux publics ». On retrouve également cette expression de façon systématique dans les rapports de l'IGAS (par exemple : IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ? Mars 2012).
8. Les réunions ont toutes fait l'objet d'enregistrement par dictaphone avec l'accord des personnes présentes. Il s'agit là de la retranscription fidèle de ces échanges.
9. « En France, elle est définie comme une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention » (Haute autorité en santé, 2012, [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la\\_chirurgie\\_ambulatoire\\_en\\_12\\_questions.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf), page consultée le 8/11/2017)
10. Hôpital d'une grande ville où travaillait la directrice des finances avant de venir travailler à l'hôpital Sud.
11. L'accord préalable de l'assurance maladie est une procédure imposant aux hôpitaux ne faisant pas assez d'ambulatoire de soumettre leur dossier en cours pour validation d'hospitalisation par l'assurance maladie.
12. Il s'agit de l'Agence Technique pour l'Information Hospitalière.



13. Le document dont il est question est présenté juste après cette retranscription (Figure 3).

14. L'opération de tri peut par exemple s'expliquer par une situation d'urgence sanitaire où des priorités sont édictées en raison de la gravité des cas (Lachenal et al., 2014).

15. Je remercie ici Janina Kher et Fanny Chabrol pour leurs commentaires ainsi que les relecteurs.rices de cet article dont les évaluations ont grandement contribué à son amélioration. Merci également à Pierre-Marie David pour le travail de synthèse et de coordination dans ce processus.

---

## RÉSUMÉS

Si, historiquement, la très grande majorité des recherches consacrées à l'hôpital public ont porté la focale sur les soins, les savoirs, les relations entre soignant.e.s ou entre soignant.e.s et soigné.e.s, la prégnance des enjeux économiques en matière de santé indique que le spectre des questionnements doit désormais être étendu. Cet article propose d'étudier au plus près de sa fabrique et de ses effets, la logique économique à l'œuvre à l'hôpital public en France aujourd'hui. En observant les opérations de mise en compte et d'évaluation quantitative des activités, des médecins et des services hospitaliers, des logiques économiques nouvelles apparaissent, logiques que nous proposons d'appeler processus de *capitalisation*. Un regard porté sur l'économie hospitalière telle qu'elle se fait montre que ces processus supposent une hybridation des logiques économiques et cliniques et que ces logiques coexistent selon des degrés de conflictualité variables.

While studies about hospitals have mainly focused on the issue of cure, on the relationships between physicians and patients or between physicians themselves, the importance of economic logics and the idea of profitability imply that new inquiries into hospitals must be conducted. This article aims to study the making of an economic rationale within hospitals and to observe the ways clinicians, services and medical activities are calculated and valuated. The ethnographic study presented in this article shows that new forms of logics structure the hospital's economic functioning. I propose the term *capitalization* to define this logic: a cognitive and material process transforming things or services into assets. Nevertheless hospitals are singular entities where usual economic principles as profitability cannot be implemented without adjustments.

## INDEX

**Mots-clés :** hôpital, économie, tarification à l'activité, capitalisation, ethnographie

**Keywords :** hospital, economy, pricing payment system, capitalization, ethnography

## AUTEUR

**PIERRE-ANDRÉ JUVEN**

Post-doctorant, Cermes3 / Inserm, 7 rue Guy Môquet - 94801 Villejuif Cedex, France,  
pierreandre.juven@gmail.com