

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Les ordonnances de 1996 et l'application du P.M.S.I. permettent effectivement au principal, le Ministère de la Santé, de réduire son asymétrie d'information. La création des A.R.H., comme superviseur autorise un meilleur contrôle de l'activité des agents, c'est-à-dire des établissements de santé du service public hospitalier. Mais ce contrôle, qui repose encore trop, aujourd'hui, sur un indicateur unique, le P.M.S.I., est biaisé du fait de ses insuffisances. Nous avons, par conséquent, développé le concept de trajectoire du patient pour aider les superviseurs à contrôler de façon plus rigoureuse les agents mais aussi pour faciliter la négociation des agents vis à vis de leur superviseur et du principal. D'une relation d'agence où nous avons vingt deux superviseurs et plusieurs milliers d'agents, nous avons progressivement convergé grâce à ce concept, vers une relation d'agence comprenant un principal, un superviseur et un agent ; l'agent étant un réseau de soins constitué d'établissements de santé. L'hétérogénéité des résultats de l'évaluation médico-économique de sept trajectoires patients atteints d'un lymphome de Burkitt montre la nécessité, pour l'efficacité du contrôle, de descendre à un niveau de détail relativement fin du moins en oncologie pédiatrique (par exemple le stade de Murphy pour les lymphomes<sup>101</sup>). Associer le mode de financement du service privé à but lucratif reste encore aujourd'hui délicat, puisqu'il ne repose pas sur une D.G.F. Le contrôle par le superviseur est néanmoins devenu similaire aux établissements de santé du service public hospitalier, puisque le P.M.S.I. s'impose aux cliniques privées à but lucratif.

Outre le fait de constituer un échantillon significatif de trajectoires patients, il conviendrait, d'une part de sortir du « cas d'école » que constitue le lymphome de Burkitt, qui présente une forte homogénéité dans la durée et les formes de traitement, en élaborant les trajectoires de patients atteints, par exemple, d'un médulloblastome. Il faudrait, d'autre part, construire des trajectoires de patients adultes pour lesquels les réseaux de soins et la notion de prise en charge globale sont nettement moins développés. Enfin, nous nous sommes focalisés sur les coûts supportés par le système de santé sans prendre en considération le coût total pour la société (scolarisation adaptée, moindre activité professionnelle pour les parents, etc...). En tout état de cause, la lourdeur et la complexité de la construction des trajectoires patients en l'absence de procédures bien établies et automatisées limitent une généralisation du recours à

---

<sup>101</sup> Voir le tableau XIV intitulé « *Classification de l'extension des lymphomes de l'enfant (MURPHY)* », p.156.

ce concept comme instrument de planification pour le principal, d'outil de contrôle pour le superviseur et de support de négociation pour l'agent. La planification pour le principal ne se limite, d'ailleurs, pas nécessairement à une approche financière. Il peut s'agir, par exemple, d'une planification pour les Soins de Suite et de Rééducation (S.S.R.).

Le concept de trajectoire pourrait même servir de support à un nouveau mode de financement du service hospitalier, en l'occurrence la tarification à la pathologie. Nous présentons ci-dessous certains axes de réflexion qui constitueraient une continuité de notre recherche.

Comme le cancer est une pathologie récurrente, pour laquelle la notion de patient est bien plus importante que la notion de séjours hospitaliers, d'autres modes de financement pourraient être mieux adaptés que le coût par G.H.M. La F.N.C.L.C.C. expérimente un financement hospitalier à la pathologie au sein duquel le recours au concept de trajectoire semble pertinent.

(1) Le financement par pathologie, multi-séjours, dont la classification de l'activité hospitalière reste basée sur le P.M.S.I. fait apparaître la notion de pathologie subdivisée en sous pathologies, puis en étapes de prise en charge. Nous aurions, par exemple, le groupe « cancer », le sous-groupe « cancer du sein » et l'étape de « chirurgie tumorale ». Pour les séjours qui ne pourraient faire l'objet d'une approche par pathologie, cette dernière serait alors assimilée au séjour et à son G.H.M. et valorisée selon l'échelle nationale des coûts. Le financement se réaliserait entre l'A.R.H. et les établissements de santé de façon prospective sur la base des pathologies prises en charge pour une étape donnée, quel que soit le nombre de séjours effectués. D'un point de vue de la relation d'agence, l'agent ne peut plus gonfler artificiellement les points I.S.A. en multipliant les séjours d'un patient. Cette méthode de financement apparaît, même si elle reste fondée sur le P.M.S.I., comme un premier pas vers un financement global à la pathologie.

(2) Le financement global à la pathologie selon le principe de la capitation est profondément réformateur dans la mesure où nous quittons le mode de financement du service public hospitalier basé sur la D.G.F. corrigée par les données du P.M.S.I. Le financement serait forfaitaire et couvrirait l'ensemble des frais hospitaliers générés par la prise en charge multi-séjours du patient. Ce mode de financement ne peut être envisagé que dans le cadre coopératif et l'entité juridique que constitue le réseau de soins. Le forfait pourrait être versé à l'établissement de santé membre du réseau qui assure la première prise en charge du patient, qui se chargerait alors de reverser aux autres établissements les quotes-parts relatives à leurs

prestations. Le forfait pourrait aussi être attribué à l'établissement « tête de réseau » ou au réseau lui-même, puisqu'il est également doté d'une personnalité juridique.

Les réflexions menées au cours de ce travail sur le concept de trajectoire nous amène à proposer une variante au financement global par pathologie (ou par trajectoire ?) selon le principe de la capitation.

Chaque établissement de santé continuerait à recevoir une fraction de ses ressources financières sous forme de D.G.F. pour couvrir la part des coûts indirects souvent estimés entre un quart et un tiers du coût global de la prise en charge du patient. L'autre fraction serait assurée par le financement global à la pathologie selon le principe de la capitation. Les résultats hétérogènes en termes de coûts de notre application du concept de trajectoires patients à la cancérologie pédiatrique associés aux insuffisances du PMSI, bien souvent décriées, montrent la difficulté de continuer à raisonner sur des moyennes ou des forfaits. Pour une prise en charge pourtant très protocolisée des patients atteints d'un lymphome de Burkitt, rappelons que nous obtenons un rapport de coût de 1 à 24 ! Et pourtant, ni les écarts de tarifs (nous avons pris les mêmes prix de médicaments, les mêmes cotations etc..., d'un établissement de santé à l'autre), ni les différences de pratiques médicales (homogénéité des protocoles LMB 89 et LMB 96) n'expliquent une telle amplitude. En conséquence, un financement global par pathologie basé sur des coûts moyens issus de groupes de trajectoires homogènes présenterait les imperfections que nous rencontrons dans le système actuel. Une solution consisterait alors pour le réseau à construire les trajectoires des patients en temps réel à partir des données médicales et à les valoriser en coûts marginaux sur un support informatique prédéfini par le principal. Les données prédéfinies par le Ministère de la Santé seraient le prix des médicaments, la valorisation des examens, le coût marginal de la prise en charge dans les différents services hospitaliers avec l'application de surcoûts lors de gestes spécifiques comme, par exemple, les transfusions. Le coût marginal total de la trajectoire patient pour une période donnée serait alors versé au réseau qui se chargerait de sa répartition entre les différents établissements de santé membres, dans lesquels le patient aurait séjourné. Cette solution présenterait aussi l'avantage de connaître précisément la ventilation du coût marginal selon les établissements, qui servirait de clé de répartition des ressources financières. Pour éviter une dérive des dépenses de santé relative à des doublons (ce qui ne devrait plus se produire dans le cadre d'une prise en charge globale du patient), à des problèmes de qualité de la prise en charge (infections nosocomiales), le superviseur, en l'occurrence l'A.R.H.,

disposerait de trajectoires standard fines, élaborées à partir des groupes de trajectoires homogènes. Des procédures informatiques permettraient alors de contrôler la trajectoire réelle du patient avec la trajectoire standard. Lorsque le coût de la trajectoire réelle dépasserait de  $100 \alpha\%$  le coût de la trajectoire théorique, alors les causes du surcoût seraient recherchées par le superviseur. Si le surcoût est patient-dépendant (recours à des molécules onéreuses non incluses dans la trajectoire standard, etc...), alors le réseau percevrait la totalité du coût marginal de la trajectoire réelle du patient. Dans le cas contraire, le financement serait limité au coût marginal de la trajectoire standard, le risque relatif aux négligences, aux malveillances étant alors pleinement assumé par le réseau. Cette méthode permettrait aussi de réduire l'incertitude quant à la qualification du résultat de l'agent.

En tout état de cause, l'introduction du concept de trajectoire du patient au sein du mode de financement du service public hospitalier permet de renforcer le caractère médical, c'est-à-dire de donner un poids supplémentaire au « M » du sigle « P.M.S.I. ».