

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Avec 9,5 % du Produit Intérieur Brut (P.I.B.) consacrés à la santé en 1997, la France se situe au quatrième rang mondial derrière les Etats-Unis (13,9 %), l'Allemagne (10,7%) et la Suisse (10,0%) [DREES, 2000]. La maîtrise des dépenses de santé en général et celle du service public hospitalier en particulier constitue alors, dans un contexte de croissance modérée et de pression fiscale importante, un véritable enjeu politique et économique. Si les réformes successives du mode de financement des Etablissements Publics de Soins (E.P.S.) et des établissements Privés participant au Service Public Hospitalier (P.S.P.H.) ne sont pas parvenues à maîtriser les dépenses, elles ont, en revanche, modifié les relations entre les acteurs du système de santé. Depuis la mise en place du Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.) en 1995 et des ordonnances Juppé de 1996, qui permettent d'ajuster dans une certaine mesure les Dotations Globales de Financement des hôpitaux à leurs volumes d'activités, les relations entre les acteurs du service public hospitalier se sont indubitablement contractualisées. Cette évolution nous offre l'opportunité de formaliser le fonctionnement du service public hospitalier à partir de la théorie des contrats, en particulier du paradigme de l'agence. La théorie des contrats prend ses origines dans les insuffisances du modèle d'équilibre général, qui malgré sa remarquable construction intellectuelle, ne confère qu'un rôle passif aux asymétries d'information [Salanié, 1994]. De façon plus spécifique, les contrats, qui permettent au mandataire (le principal) d'inciter un mandant (l'agent) à agir dans son intérêt (celui du mandataire), sont développés au sein de la théorie de l'agence. Si les travaux initiaux datent des années 1970 [Ross, 1973 ; Jensen et *al.*, 1976], il faut attendre les années 1980 pour que la théorie de l'agence soit appliquée à la santé. Dans le cadre d'une analyse des relations entre le médecin et son patient la relation d'agence est en effet inévitable, puisque le mandant (le patient) ne peut se passer du mandataire (le médecin) [Pauly, 1980 ; Arrow 1986]. Il en est de même pour la relation entre, par exemple, un client et son avocat. Le médecin arbitre entre l'intérêt du patient et l'intérêt collectif. Mais les responsabilités éclatées entre les financeurs, les producteurs de soins et les patients constituent une spécificité du marché de la santé. Les acteurs, qui interviennent sur ce marché, sont les représentants de l'autorité publique qualifiée plus communément de tutelle, le public (citoyens et patients), les assureurs (publics et privés, au premier franc ou en financement complémentaire), les producteurs de soins (les hôpitaux publics et privés, la médecine de ville, etc...). Certains travaux incorporent, au sein des représentants de la tutelle, des

intermédiaires comme l'assurance maladie [Béjean, 1992], ce qui est parfaitement justifié notamment pour la médecine de ville. Dans notre analyse, qui repose sur le service public hospitalier, nous examinons comment le Ministre de la santé (le principal) doit inciter le directeur d'hôpital (l'agent) à agir dans son intérêt (celui du Ministre) via un superviseur (le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.)). Quels sont les contrats et les outils de contrôle, qui permettraient au Ministre de s'assurer que le directeur d'hôpital remplit correctement son contrat, c'est-à-dire dispense un volume de soins suffisant et de qualité pour répondre aux attentes des patients dans un contexte de maîtrise optimale des coûts ? Notre objectif n'est pas ici d'entrer dans la « boîte noire », que constitue l'hôpital et d'analyser par exemple des choix organisationnels [Arrow, 1963 ; Dranove et *al.*, 1994] comme les décisions d'externalisation [Lewis et *al.*, 1990]. Nous considérons, dans la thèse, l'hôpital comme une « boîte noire » au sens néoclassique du terme, c'est-à-dire une unité décisionnelle élémentaire [Marshall, 1920] dont le seul objectif est la maximisation d'une variable. Indubitablement, il ne peut pas s'agir ici du profit, puisque nous sommes dans le service public hospitalier, service non marchand et sans but lucratif. En revanche, comme l'hôpital peut être sanctionné, lorsque son activité mesurée en points de l'indice synthétique d'activité (I.S.A.) est insuffisante comparativement à sa Dotation Globale de Fonctionnement (D.G.F.), il cherche à maximiser ses points I.S.A. L'introduction d'une certaine concurrence permet d'envisager des compétitions entre les hôpitaux représentés par leurs directeurs, dont la récompense pourrait être l'accès pour le vainqueur à un niveau supérieur (directeur d'un établissement de santé de taille supérieure) voire au poste de superviseur. Cette compétition est analysée dans la littérature des tournois [Lazear et *al.*, 1981 ; Green et *al.* 1983 ; Malcomson, 1984 ; Rosen, 1986]. L'alignement sans coût des intérêts du Ministre de la santé avec ceux du directeur d'hôpital demeure improbable du fait des asymétries d'information. Elles proviennent, d'une part des actions de l'agent non observables par le principal dénommées « action cachée », « risque moral » ou encore « aléa moral » et, d'autre part, de l'information biaisée voire d'une absence d'information dont dispose le principal par rapport à l'agent. Cette asymétrie d'information, dénommée « information cachée », « anti-sélection » ou encore « sélection adverse », génère le pouvoir et suscite aussi les comportements opportunistes [Perroux, 1975]. L'opportunisme peut se définir comme la recherche d'un intérêt personnel, qui comporte la notion de tromperie [Williamson, 1994]. Quant au pouvoir, R. Dahl le définit comme la capacité à affecter le comportement d'autres personnes [Dahl, 1957]. En d'autres termes, le pouvoir d'un individu A sur un individu B correspond à la

capacité de A à obtenir, que dans sa négociation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables. Cette notion est d'autant plus importante pour le marché de la santé en France que les prix des médicaments, par exemple, sont déterminés suite à une négociation entre l'hôpital et l'industrie pharmaceutique. Pour J. Tirole et J-J. Laffont, la maîtrise de la communication et des flux d'information constitue la principale source de pouvoir [Tirole, 1986 ; Laffont, 1988]. En santé, l'information peut concerner directement un acteur du service public hospitalier ou son environnement comme la structure du marché, le degré de concurrence, l'innovation technologique, etc... Compte tenu de la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.), dont une des missions définies dans les ordonnances de 1996 est de contrôler les hôpitaux, nous développons un modèle hiérarchique qui comprend trois acteurs. Il s'agit d'une part de l'autorité publique représentée par le Ministre de la Santé (le principal), d'autre part de l'A.R.H. représentée par son directeur (le superviseur), enfin l'hôpital représenté également par son directeur (l'agent). A l'opportunisme et au pouvoir généré par l'asymétrie d'information s'ajoutent les éventuelles collusions, c'est-à-dire des accords conclus entre deux acteurs d'une relation d'agence qui en compte au moins trois. La collusion peut exister entre le principal et le superviseur [Macho-Stadler et *al.*, 1991], entre l'agent et le superviseur [Tirole, 1986 ; Kofman et *al.*, 1989 ; Felli, 1990].

Les ordonnances de 1996 et l'application du P.M.S.I. permettent-elles au Ministre de la Santé de réduire son asymétrie d'information ? Nous tentons de montrer au sein de la thèse pour quelles raisons les réformes récentes du mode de financement du service public hospitalier permettent de réduire les asymétries d'information si le contrôle du superviseur est efficace et quels contrats le Ministre de la Santé a intérêt à proposer au directeur de l'A.R.H. et au directeur d'hôpital. Aujourd'hui, le principal et le superviseur ont tendance à s'appuyer sur un indicateur unique, le P.M.S.I., pour décider. A l'évidence, d'autres indicateurs sont nécessaires. Afin d'améliorer le contrôle du directeur de l'hôpital par le directeur de l'A.R.H., nous développerons le concept de trajectoire du patient. Ce concept consiste à identifier l'itinéraire du patient au sein d'un espace de soins au cours d'une période qui correspond, en général, au diagnostic, au traitement et à la surveillance d'une pathologie donnée. Il est alors possible d'évaluer le coût des trajectoires des patients et de le comparer au coût de trajectoires standard. Cette procédure permettrait au superviseur de contrôler plus efficacement l'agent. Ainsi, un établissement de santé qui aurait tendance, par exemple, à multiplier les séjours des patients pour maximiser ses points I.S.A., pourrait être plus facilement détecté. Inversement, un agent, dont les patients présenteraient des trajectoires atypiques justifiées sur le plan

médical, pourrait mieux négocier une augmentation de sa D.G.F. ou de ses points I.S.A. avec le superviseur et le principal.

Dans un premier chapitre intitulé « Une relation d'agence au sein du service public hospitalier », nous détaillons les réformes du mode de financement du service public hospitalier, en particulier le système mixte actuel (D.G.F. corrigée par les données du P.M.S.I.) largement encadré par les ordonnances de 1996. Puis, après une revue de la littérature de la relation d'agence et notamment ses applications en santé, nous définissons un modèle d'agence applicable aux ordonnances hospitalières de 1996.

Dans un second chapitre, intitulé « Le concept de trajectoire du patient comme outil de planification et de contrôle dans le service public hospitalier », nous mettons en exergue le caractère polysémique de la notion de trajectoire utilisée aussi bien en économie, en sociologie, qu'en médecine. Comme le concept de trajectoire du patient s'inscrit, au même titre que la filière et le réseau de soins, dans une logique de prise en charge globale du patient, nous définissons ces trois concepts à partir de la notion d'espace-temps empruntée à la physique. Enfin, nous greffons ce concept de trajectoire du patient dans le modèle d'agence applicable au service public hospitalier, en montrant qu'il sert d'instrument de planification pour le principal, d'outil de contrôle pour le superviseur et de support de négociation pour l'agent. La collusion peut néanmoins réduire son efficacité.

Le troisième chapitre, intitulé « Une application du concept de trajectoire du patient en oncologie pédiatrique » nous permet d'appliquer les développements théoriques précédents. Après avoir éclairé le lecteur sur les spécificités des cancers de l'enfant, en particulier le lymphome de Burkitt, nous construisons les trajectoires des patients du Centre Léon Bérard atteints de cette pathologie pendant la période 1993-2000. Puis, nous évaluons les coûts de chacune de ces trajectoires. Nous illustrons alors les fonctions de planification, de contrôle, et de négociation que peut remplir le concept de trajectoire patient. Enfin, nous présentons ce que pourrait être pour le principal, le superviseur, l'agent et le patient le concept de trajectoire optimale.