

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	6
INTRODUCTION GÉNÉRALE	9
CHAPITRE 1 : UNE RELATION D'AGENCE AU SEIN DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	13
<u>Introduction au chapitre 1</u>	<u>14</u>
<u>Section 1 : Les réformes du mode de financement du service public hospitalier</u>	<u>15</u>
<i>1. Le prix de journée et la dotation globale de fonctionnement</i>	15
1.1. Le prix de journée	15
1.2. La dotation globale de fonctionnement	16
<i>2. Le P.M.S.I. dans le cadre de la Dotation Globale de Fonctionnement</i>	18
2.1. Du projet au programme P.M.S.I.	18
2.2. Les mécanismes du P.M.S.I.	19
2.3. Les principales innovations de la classification en G.H.M. (version 6)	23
<u>2.3.1. La création d'un diagnostic relié</u>	<u>23</u>
<u>2.3.2. La ventilation des diagnostics associés</u>	<u>23</u>
<u>2.3.3. Les codes imprécis ne figurent plus en diagnostic principal</u>	<u>24</u>
<u>2.3.4. La nouvelle valorisation de la radiothérapie</u>	<u>24</u>
<u>2.3.5. La valorisation des soins palliatifs et des greffes de moelle</u>	<u>24</u>
2.4. Les limites du P.M.S.I.	25
<u>2.4.1. Une comparaison inter-annuelle difficile</u>	<u>25</u>
<u>2.4.2. Le P.M.S.I. et les pratiques médicales : l'exemple de la prise en charge des cures de chimiothérapie</u>	<u>25</u>
<u>2.4.3. Le P.M.S.I. et le financement de l'innovation : l'exemple des molécules onéreuses de chimiothérapie</u>	<u>26</u>
<u>2.4.4. Le P.M.S.I. et les surcoûts liés à la pédiatrie</u>	<u>27</u>
<u>2.4.5. Une étude dynamique d'un modèle régional</u>	<u>28</u>
<i>3. Les ordonnances de 1996</i>	35
3.1. L'agence régionale de l'hospitalisation	35
<u>3.1.1. Les missions de l'agence régionale de l'hospitalisation</u>	<u>35</u>
<u>3.1.2. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, préfet sanitaire de la région</u>	<u>36</u>
<u>3.1.3. L'agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes</u>	<u>36</u>

3.2. Les fondements du contrat d'objectifs et de moyens	37
<u>3.2.1. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale</u>	<u>37</u>
<u>3.2.2. Le projet d'établissement</u>	<u>38</u>
3.3. Le contrat d'objectifs et de moyens	39
3.4. Les contrôles de l'agence régionale de l'hospitalisation et des hôpitaux	40
<u>3.4.1. Les contrôles de l'agence régionale de l'hospitalisation par l'Etat</u>	<u>40</u>
<u>3.4.2. Les contrôles des hôpitaux par l'agence régionale de l'hospitalisation</u>	<u>40</u>
3.5. Les missions de l'A.N.A.E.S.	40
<u>Section 2 : Définitions et pré-requis de la théorie de l'agence</u>	<u>42</u>
<i>1. L'information et la relation d'agence</i>	<i>42</i>
1.1. Les premières définitions de la relation d'agence	42
1.2. Une relation d'agence basique en information parfaite, complète et certaine	44
1.3. L'information imparfaite, incomplète et incertaine	46
1.4. Les degrés d'incertitude	48
1.5. La rationalité des agents économiques	48
1.6. Les comportements face au risque	50
<u>1.6.1. L'approche de K.J. Arrow et J.W. Pratt</u>	<u>50</u>
<u>1.6.2. L'approche de P. Wakker</u>	<u>54</u>
<i>2. L'asymétrie d'information au sein de la relation d'agence</i>	<i>55</i>
2.1. L'introduction du risque moral au sein de la relation d'agence	55
2.2. L'introduction de la sélection adverse au sein de la relation d'agence	59
2.3. Les conséquences de l'asymétrie d'information	60
2.4. Le signal et le dépistage pour atténuer l'asymétrie d'information	60
<i>3. Une typologie des modèles de la relation d'agence</i>	<i>61</i>
3.1. Les modèles à tâches multiples	61
3.2. Les modèles multi-principaux ou la théorie de l'agence commune	61
3.3. Les modèles multi-agents	62
3.4. Les modèles dynamiques	62
3.5. Les modèles hiérarchiques ou de délégation	63

<u>Section 3 : Un modèle d'agence applicable aux ordonnances hospitalières de 1996</u>	<u>64</u>
<i>1. Le modèle fondamental</i>	64
1.1. Les acteurs du modèle	64
1.2. Le modèle	65
<i>2. Sélection adverse, risque moral et qualification du résultat de l'hôpital</i>	73
2.1. Le problème de la qualification du résultat de l'agent	73
2.2. Sélection adverse et risque moral dans le service public hospitalier	74
<i>3. Le rôle croissant des évaluations de coûts en santé dans les négociations entre l'agent et le superviseur : l'exemple de la revalorisation du G.H.M. 827</i>	76
3.1. Le Prélèvement de Cellules Souches du Sang Périphérique	77
3.2. Les valorisations monétaires d'un Prélèvement de Cellules Souches du Sang Périphérique	78
 <u>Conclusion du chapitre 1</u>	 <u>80</u>

CHAPITRE 2 : LE CONCEPT DE TRAJECTOIRE COMME OUTIL DE PLANIFICATION ET DE CONTROLE DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER **81**

<u>Introduction au chapitre 2</u>	<u>82</u>
 <u>Section 1 : Le caractère polysémique de la notion de trajectoire</u>	 <u>83</u>
<i>1. Le concept de trajectoire en économie industrielle</i>	83
1.1. L'évolution des trajectoires technologiques au sein d'un paradigme technique	83
1.2. Les trajectoires technologiques appliquées à la radiothérapie	84
1.3. Vers une théorie des trajectoires en économie industrielle : les travaux de K. Pavitt	86
<i>2. L'approche sociologique des trajectoires</i>	87
2.1. Un concept largement utilisé par la théorie interactionniste	87
2.2. Les applications du concept de trajectoire en sociologie de la santé	87
<i>3. Une revue de la littérature des applications du concept de trajectoire en santé</i>	89
3.1. La trajectoire de la maladie	89
3.2. L'impact des innovations techniques sur les trajectoires des patients	90
3.3. Le concept de trajectoire et la dispense de soins à un sujet âgé par sa parenté	91

3.4. L'évaluation des coûts par trajectoire chez le sujet âgé	91
3.5. Comment des critères cliniques permettent d'anticiper la trajectoire des patients schizophrènes aux plans morphologique et biologique ?	92
3.6. Peut-on parler de faisceaux de trajectoires en psychiatrie ?	92
3.7. Le concept de trajectoire et la qualité de vie	93
3.2.8. L'anticipation d'une trajectoire de vie lorsqu'une anomalie prénatale est détectée : l'exemple de la dysmorphogénèse cérébro-craniofaciale	93
3.2.9. L'hôpital parvient-il à fidéliser ses patients tout au long de leurs trajectoires	93
3.10. Comment le statut socio-économique du patient influe sur sa trajectoire : l'exemple de l'accès aux plateaux techniques	94
<u>Section 2 : La trajectoire patient, la filière et le réseau de soins : trois concepts clés de la prise en charge globale du patient</u>	<u>95</u>
<i>1. Une revue de la littérature des définitions des trois concepts clés de la prise en charge globale</i>	95
1.1. La trajectoire du patient	95
1.2. La filière de soins	96
1.3. Le réseau de soins	98
<i>2. L'influence de l'espace-temps sur la perception des concepts clés de la prise en charge globale</i>	103
2.1. Un bref rappel de la notion d'espace-temps en physique	103
2.2. L'observateur et sa perception des concepts de prise en charge globale du patient : le point de vue du principal à travers les ordonnances de 1996	104
<i>3. Une proposition de définition des trois concepts clés de la prise en charge globale</i>	105
3.1. Définition de la filière de soins, du réseau de soins et de la trajectoire patient	105
<u>3.1.1. La filière de soins</u>	<u>105</u>
<u>3.1.2. Le réseau de soins</u>	<u>106</u>
<u>3.1.3. La trajectoire du patient</u>	<u>106</u>
3.2. Une représentation graphique du concept de trajectoire patient à partir de l'espace-temps en physique	110
<u>3.2.1. L'évolution de quatre à onze dimensions de l'espace-temps en physique</u>	<u>110</u>
<u>3.2.2. La configuration régionale des soins comme support spatial de la trajectoire patient</u>	<u>111</u>
<u>3.2.3. Une représentation graphique du concept de trajectoire dans un espace-temps à trois dimensions</u>	<u>114</u>

<u>Section 3 : L'insertion du concept de trajectoire du patient dans la relation d'agence du service public hospitalier</u>	<u>118</u>
1. Le concept de trajectoire comme outil de planification à disposition du principal	118
1.1. Un outil complémentaire au P.M.S.I.	118
1.2. La construction d'une distribution de probabilité de type bayésien	119
1.3. La construction d'un indicateur de type odd-ratio	123
2. Le concept de trajectoire comme outil de contrôle à disposition du superviseur et de négociation pour l'agent	125
2.1. Le concept de trajectoire comme outil de contrôle à disposition du superviseur	125
2.1.1. Le principe de l'outil de contrôle	125
2.1.2. Une modélisation du concept de trajectoire comme outil de contrôle au sein de la relation d'agence	126
2.2. Le concept de trajectoire comme outil de négociation à disposition de l'agent	128
3. Le concept de trajectoire et la collusion dans la relation d'agence	128
3.1. La genèse de la collusion	128
3.2. La lutte contre la collusion	131
<u>Conclusion du chapitre 2</u>	<u>134</u>
CHAPITRE 3 : UNE APPLICATION DU CONCEPT DE TRAJECTOIRE PATIENT EN CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE	135
<u>Introduction au chapitre 3</u>	<u>136</u>
<u>Section 1 : Les spécificités de l'oncologie pédiatrique</u>	<u>137</u>
1. La prise en charge des cancers de l'enfant en France	137
1.1. Une prise en charge spécifique	137
1.2. Un panorama de l'oncologie pédiatrique dressé à partir de la base nationale P.M.S.I.	138
1.2.1. L'extraction de la base nationale P.M.S.I.	138
1.2.2. La production nationale des R.S.A. et des I.S.A. par structure d'établissements de santé	139
1.2.3. La production nationale des R.S.A. et des I.S.A. par localisation cancéreuse	141
1.2.4. La production nationale des R.S.A. et des I.S.A. par technique thérapeutique	141
1.2.5. La production nationale des R.S.A. et des I.S.A. par case-mix	143

2. La prise en charge des cancers de l'enfant en Rhône-Alpes	146
2.1. Une prise en charge spécifique	146
2.2. La production rhônalpine des R.S.A. et des I.S.A. par structure d'établissements	147
2.3. La production rhônalpine des R.S.A. et des I.S.A. par localisation cancéreuse	149
2.4. La production rhônalpine des R.S.A. et des I.S.A. par technique thérapeutique	149
2.5. La production rhônalpine des R.S.A. et des I.S.A. par case mix	151
3. Les spécificités du lymphome de Burkitt	152
3.1. Une description du lymphome de Burkitt	152
3.2. Les symptômes, le diagnostic et le traitement du lymphome de Burkitt	153
<u>Section 2 : L'élaboration des trajectoires patients en oncologie pédiatrique</u>	158
1. L'élaboration des trajectoires simplifiées et médicales des patients	158
1.1. L'élaboration des trajectoires simplifiées des patients	158
1.2. L'élaboration des trajectoires médicales des patients	163
2. L'élaboration des trajectoires médico-économiques des patients du Centre Léon Bérard	165
2.1. Les coûts et les méthodes de coûts en santé	165
<u>2.1.1. Une taxinomie des coûts en santé</u>	<u>165</u>
<u>2.1.2. Les méthodes de coûts en santé</u>	<u>166</u>
2.2. La méthodologie retenue pour l'évaluation des trajectoires médico-économiques	168
<u>2.2.1. Les hospitalisations</u>	<u>168</u>
<u>2.2.2. Les médicaments</u>	<u>169</u>
<u>2.2.3. Les transfusions</u>	<u>169</u>
<u>2.2.4. Les examens de biochimie, de bactériologie et d'imagerie</u>	<u>169</u>
<u>2.2.5. Les voies veineuses centrales</u>	<u>170</u>
<u>2.2.6. La radiothérapie</u>	<u>170</u>
<u>2.2.7. Les consultations</u>	<u>170</u>
2.3. Les résultats de l'évaluation des trajectoires médico-économiques des patients	170
3. L'impact du choix de la méthodologie de coût sur le coût total de la trajectoire	171
3.1. L'impact du choix de la méthodologie sur le coût total d'un épisode de soins : l'exemple des greffes de C.S.S.P.	171
<u>3.1.1. Les résultats de l'étude conduite en 1999 au C.L.B.</u>	<u>171</u>
<u>3.1.2. Des méthodologies hétérogènes pour évaluer le coût d'une même démarche thérapeutique</u>	<u>172</u>
3.2. L'impact du choix de la méthode des coûts sur le coût total des trajectoires des patients	175

<u>Section 3 : Les trajectoires des patients en oncologie pédiatrique et la relation d'agence</u>	<u>176</u>
<i>1. Un exemple de contrôle pour le superviseur</i>	<i>176</i>
<i>2. Un exemple de négociation pour le C.L.B.</i>	<i>180</i>
<i>3. Le concept de « trajectoire optimale » différent selon l'observateur</i>	<i>182</i>
3.1. Le concept de « trajectoire optimale » pour le principal, le superviseur, l'agent et le patient	182
3.2. Une représentation de la prise en charge globale du patient	183
<u>Conclusion du chapitre 3</u>	<u>185</u>
CONCLUSION GÉNÉRALE	186
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	190
INDEX DES AUTEURS	205
INDEX DES ABRÉVIATIONS	211
ANNEXES	213
TABLE DES MATIÈRES	231