

# Réguler les dépenses de santé : entre César et Mammon

---

*In Futuribles n° 105 - Décembre 1986 : 21-33*

Christian CHARPY<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Auditeur à la Cour des Comptes

*La maîtrise des dépenses de santé est devenue un impératif en France comme à l'étranger. Les politiques mises en œuvre jusqu'ici n'ont été que partielles, s'attachant à réguler tel ou tel secteur (hospitalisation, soins ambulatoires, pharmacie) sans prendre suffisamment en compte leurs complémentarités évidentes.*

*Une approche globale est aujourd'hui nécessaire. Christian Charpy analyse dans ce texte deux méthodes différentes pour y parvenir : l'une, d'inspiration libérale, conduit à confier aux acteurs de santé la gestion et la répartition d'un budget global de santé au sein des réseaux de soins coordonnés ; l'autre, interventionniste, vise à donner à l'Etat et aux collectivités locales de réelles responsabilités politiques et financières.*

La croissance ininterrompue des dépenses de santé ne s'était pas infléchie quelque peu en 1984-1985 que, déjà, certains se hâtaient de crier victoire : enfin, l'hydre est vaincue ! Les dépenses de santé sont maîtrisées et l'avenir est souriant, qui permettra la préservation d'une bonne qualité des soins et l'apaisement des tensions financières sur les régimes d'assurance-maladie.

Las ! A peine les experts et l'opinion commençaient-ils de prendre conscience de cette nouvelle réalité qu'elle était à nouveau démentie par les faits : la croissance des dépenses reprenait de plus belle pour les soins ambulatoires, et des voix autorisées de plus en plus nombreuses soulignaient la difficulté de maintenir la qualité de l'accueil et de l'environnement – celle des soins ne semble pas encore menacée – de l'hôpital public avec une dotation globale de financement des hôpitaux évoluant à peine comme l'inflation. Solution miracle, le « budget global »<sup>2</sup>, mis en place progressivement en 1984 et 1985 pour les hôpitaux du service public hospitalier, rencontrait rapidement ses limites :

- s'adressant au seul secteur hospitalier public, il s'avérait incapable de réguler ce qu'il ne pouvait, par vocation, contrôler : les soins ambulatoires et l'hospitalier privé, aujourd'hui à l'origine de la croissance renouvelée des dépenses ;
- instrument exclusivement financier, il ne pouvait constituer un outil de répartition optimale des ressources disponibles pour la santé : même si des adaptations sont possibles, le budget global français demeure fondamentalement déterminé par les équipements matériels et le personnel existant, et non par les « besoins de santé » tels qu'ils pourraient être définis par des études épidémiologiques.

Réforme partielle, car ne portant que sur la moitié des dépenses, le budget global ne pouvait, au mieux, que connaître un succès partiel. Il n'en constitue pas moins une rupture brutale avec les principes qui gouvernaient jusqu'ici le financement des dépenses de santé : pour la première fois, est affirmée et mise en œuvre l'idée que l'effort financier consacré à l'hospitalisation ne pourra s'accroître indéfiniment ; l'ordonnancement au-delà des crédits disponibles n'est plus permis, quelles que soient les justifications, souvent excellentes, invoquées par les ordonnateurs.

Appliqué jusqu'ici aux seules dépenses hospitalières, le principe d'une limite budgétaire sera sans doute un jour étendu à l'ensemble du secteur de la santé, sous forme incitative – le thème de l'« enveloppe », présent depuis le ministère Barrot – ou contraignante – vote d'un budget de santé dans des formes comparables à celui de l'Etat. Pourtant, deux voies fort différentes sont ouvertes qui permettraient le respect d'un budget global pour la santé :

<sup>2</sup> Créé par la loi du 3 janvier 1983, le « budget global » remplace le financement des hôpitaux selon le système du prix de journée accusé d'avoir des effets pervers sur la croissance des dépenses de santé.

- la première, *la solution de Mammon*, ferait des offreurs de soins et des assureurs les agents d'un marché concurrentiel de la santé ; elle repose sur l'idée que la concurrence entre des réseaux de soins coordonnés (RSC) permettrait de concilier au mieux la qualité des soins et le contrôle des coûts ;
- la seconde, *la solution de César*, confierait à l'Etat et aux collectivités décentralisées la gestion et la répartition d'un budget pour la santé en fonction de critères de besoins.

### ***Les réseaux de soins coordonnés ou Mammon au service d'Hippocrate***

Un réseau de soins coordonnés (RSC), adaptation française des *Health Maintenance Organizations*, peut se définir comme une structure regroupant des professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, professions paramédicales et personnels hospitaliers) et des équipements, ayant vocation à offrir l'accès à la totalité de la filière de soins.

Ses ressources proviennent :

- 1 - d'une dotation versée par l'assurance-maladie calculée en fonction du nombre d'adhérents et du coût actuariel de chacun d'entre eux, et
- 2 - d'une contribution forfaitaire des adhérents fixée lors de leur adhésion au réseau.

Selon ses promoteurs, le réseau de soins coordonnés devrait permettre de répondre aux trois insuffisances de notre système de soins, tout en conservant les acquis essentiels :

- le réseau permet de combler le fossé qui sépare les offreurs de soins et les payeurs, en confiant aux médecins regroupés dans les réseaux la gestion d'un « budget global » pour maintenir la santé de leurs adhérents ;
- il contrebalance la tendance à l'hospitalo-centrisme de la médecine française et devrait favoriser une meilleure coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière, sous la responsabilité du médecin coordonnateur ;
- enfin, en dissociant, au moins partiellement, les revenus des professionnels du nombre d'actes effectués, les RSC devraient permettre de ralentir la croissance des dépenses de santé et d'en assurer une meilleure régulation. Intéressés financièrement à ne pas favoriser un accroissement inconsidéré des dépenses, les médecins ne seraient plus incités à multiplier les actes, pour accroître leurs revenus.

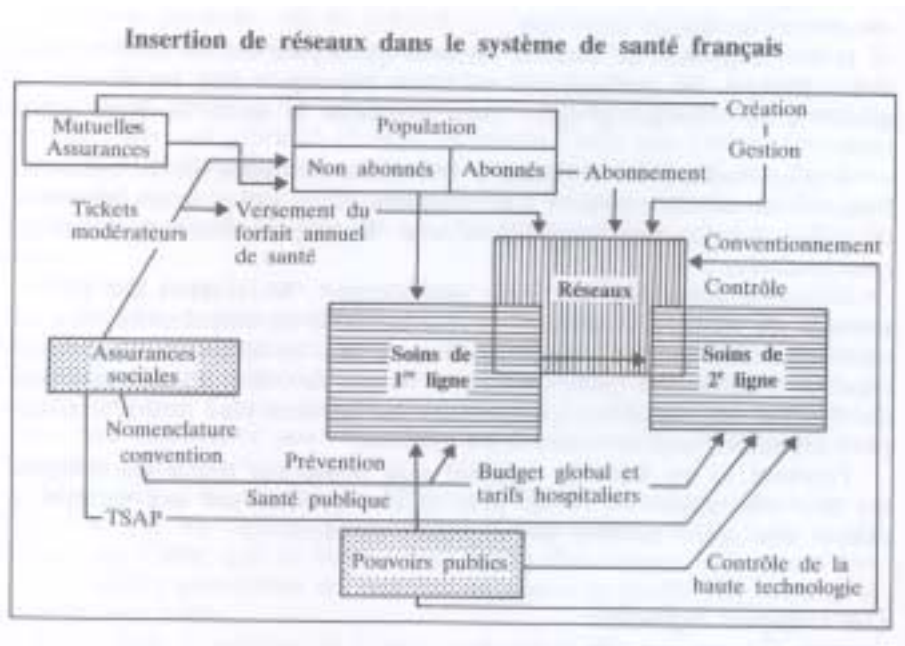
Pourtant, si les RSC ne méritent sans doute pas toutes les critiques qui leur sont opposées, on ne peut qu'être prudent sur leur capacité à assurer une réelle maîtrise des dépenses de santé.

### ***Des critiques infondées***

Projet de réforme profonde du système de santé français, le RSC s'est aussitôt attiré la critique de remettre en cause l'égalité devant la santé et de constituer le vecteur d'une médecine à deux vitesses. L'analogie entre les RSC et les HMO américains pouvait légitimement faire craindre une dérive en ce sens. Pourtant cette critique paraît, en fait, peu fondée.

Elle témoigne en premier lieu d'une analyse partielle, et partielle, du système de santé américain. Si celui-ci est à l'évidence inégalitaire, il l'est bien davantage dans ses formes traditionnelles que dans la modernité des HMO. Le coût des assurances privées constitue un obstacle pour les plus démunis qui ne peuvent s'assurer une protection, et donc une médecine de qualité ; l'assurance-maladie pour les pauvres - MEDICAID - crée une discrimination dans les filières d'accès aux soins, étrangère au système français. Bien différent est le système des HMO : le coût d'adhésion à un HMO est plus faible que celui des primes d'assurance-maladie de *Blue Cross* et *Blue Shield* ; de plus, certains Etats ont accepté de verser à un réseau qui accueillerait un ressortissant de MEDICAID le coût de

l'adhésion, réunifiant ainsi, au sein d'une même filière d'accès aux soins, des catégories sociales jusqu'alors séparées. Cela est sans doute vrai, mais n'est pas déterminant.



Qu'en est-il de la sélection des risques ? Un HMO, responsable financièrement de la santé de ses adhérents, n'a-t-il pas intérêt à sélectionner ceux-ci en fonction des risques potentiels qu'ils représentent, rejetant ainsi les personnes âgées, les malades et les handicapés ? Bien sûr le risque existe, et il serait vain de le nier. Mais la législation américaine sur les HMO interdit toute forme de sélection des risques à l'entrée ou de tarifs discriminatoires : ainsi, durant la période d'ouverture des inscriptions, les HMO sont tenus d'accueillir tous ceux qui se présentent, sans possibilité d'en refuser. A l'évidence, il existe des moyens de tourner les rigueurs égalitaires de la loi: il est possible de limiter à quelques jours seulement la période d'ouverture des inscriptions, afin de limiter les adhésions que l'on n'aurait pas suscitées. De même, il est possible de discriminer les adhésions aux HMO par les services qu'offre celui-ci : si un HMO est tenu d'offrir un minimum de services médicaux, il peut néanmoins se spécialiser, ou ne pas se spécialiser, dans certains domaines afin d'attirer une clientèle bien précise. Les dangers de sélection des adhésions, de rupture d'égalité, existent donc, mais peuvent sans doute être compensés par des dispositions législatives et réglementaires, notamment l'obligation d'offrir une large gamme de services et de respecter une période d'ouverture minimale pour les inscriptions.

S'ajoute à cela, dans le cas des éventuels réseaux français, un élément encore plus déterminant qui devrait réduire les dangers de sélection des risques, pour peu que les administrateurs des réseaux aient bien compris le fonctionnement financier du système. Deux éléments doivent être pris en considération :

- la dotation que reçoit le réseau de la sécurité sociale - forfait annuel de santé - est calculée en fonction du « coût actuariel » des classes de risques dans lesquelles s'inscrivent les abonnés ; dès lors un réseau recevra plus d'argent pour l'adhésion d'une personne âgée que pour celle d'un homme de 25-35 ans, du fait de la corrélation des dépenses de santé à l'âge ;
- or que montre les expériences de « pré-paiement » des HMO américains ? En premier lieu que l'effort de réduction des dépenses a porté avant toute chose sur les dépenses d'hospitalisation et que les HMO ont permis, sinon une substitution de dépenses

ambulatoires à des dépenses hospitalières, du moins une stabilité des dépenses ambulatoires, alors que les dépenses hospitalières diminuaient sensiblement. Ensuite qu'il existe une assez forte différenciation des comportements de consommation de soins suivant le profil médical des abonnés au HMO avant leur adhésion. Ainsi les adhérents à un HMO qui n'avaient qu'une consommation médicale assez faible (moins de cinq actes par an) avant leur adhésion au HMO voient leur consommation médicale ambulatoire progresser après leur adhésion, tandis que les gros consommateurs de soins consomment moins qu'autrefois, sans doute grâce à une meilleure coordination de la filière de soins.

Il paraissait donc intéressant de tenter d'évaluer l'influence de la composition démographique du réseau sur les résultats escomptés, en fonction de plusieurs hypothèses de réduction des dépenses d'hospitalisation et des autres dépenses de soins. Nous avons donc comparé une première simulation dans laquelle le profil démographique des abonnés au réseau était semblable à celui de la population française (moyenne d'âge de 37 ans) à deux autres simulations : l'une à population jeune dont la moyenne d'âge est inférieure de six années à celle de la moyenne nationale; l'autre à population âgée dont la moyenne d'âge est supérieure de dix années à celle de la moyenne nationale.

Les résultats de ces simulations sont retracés dans le tableau 1.

| Population  | Jeune   | Moyenne | Vieille |
|---|---------|---------|---------|
| <i>1 - Hypothèse de réduction</i>   |         |         |         |
| — dépenses hospitalières . . . .  | 15 %    | 15 %    | 15 %    |
| — autres dépenses * . . . . .   | 5 %     | 5 %     | 5 %     |
| Taux de réduction total . . . . .   | 10,12 % | 10,31 % | 10,45 % |
| Bénéfice (MF) . . . . .   | 2,8     | 3,4     | 4,3     |
| Bénéfice/recettes réelles . . . . .   | 3,62 %  | 3,69 %  | 3,74 %  |
| <i>2 - Hypothèse de réduction</i>   |         |         |         |
| — dépenses hospitalières . . . .  | 20 %    | 20 %    | 20 %    |
| — autres dépenses * . . . . .   | 5 %     | 5 %     | 5 %     |
| Taux de réduction total . . . . .   | 12,69 % | 12,97 % | 13,17 % |
| Bénéfice (MF) . . . . .   | 3,6     | 4,3     | 5,4     |
| Bénéfice/recettes réelles . . . . .   | 4,62 %  | 4,73 %  | 4,81 %  |
| <i>3 - Hypothèse de réduction</i>   |         |         |         |
| — dépenses hospitalières . . . .  | 30 %    | 30 %    | 30 %    |
| — autres dépenses * . . . . .   | 5 %     | 5 %     | 5 %     |
| Taux de réduction total . . . . .   | 17,81 % | 18,28 % | 18,62 % |
| Bénéfice (MF) . . . . .   | 5,0     | 6,0     | 7,7     |
| Bénéfice/recettes réelles . . . . .   | 6,74 %  | 6,94 %  | 7,09 %  |
| * Autres dépenses : dépenses ambulatoires et biens médicaux.<br>Source : Etude Futuribles sur les réseaux de soins coordonnés, juin 1986. |         |         |         |

On remarque ainsi que le bénéfice théorique moyen du réseau est d'autant plus fort que la population des abonnés au réseau est âgée. Cela est vrai tant en termes relatifs (bénéfice/recettes réelles), même si l'effet de la différence de composition démographique est assez faible, qu'en termes absolus, où l'effet est beaucoup plus fort avec une majoration de plus de 50 % du bénéfice entre les deux simulations extrêmes.

Il ne faudrait certes pas aller trop loin dans les conclusions que l'on peut tirer de cette simulation : nous avons raisonné sur des taux de réduction des dépenses identiques pour toutes classes d'âge. Or il peut s'avérer que la réduction des dépenses hospitalières soit plus importante, ou moins importante, que prévue pour certaines classes d'âge, ce qui changerait notablement le résultat. D'autre part, nous n'avons pas pu tenir compte, par absence de données statistiques suffisantes, du risque différentiel associé aux dépenses de certaines classes d'âge. Il peut se trouver que la variance des dépenses moyennes pour certaines classes d'âge soit forte, leur sur-représentation dans la population du réseau accentuant le caractère aléatoire du bénéfice théorique, ce qui pourrait remettre, au moins partiellement, en cause les résultats annoncés. Enfin, il ne faudrait pas exagérer l'influence de la composition démographique du réseau sur le bénéfice espéré dans la mesure où la variance inter-classe des dépenses est, d'après l'échantillon permanent de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), toujours plus forte que la variance intra-classe ; ceci signifie que, dans certains cas, l'influence de la composition démographique du réseau pourra être atténuée, voire supprimée, par le comportement « anormal » (car très différent de la moyenne) de certains abonnés.

Mais la conclusion essentielle de cette simulation demeure : *il est loin d'être évident qu'un réseau ait intérêt à opérer une sélection des risques en décourageant l'adhésion des personnes âgées* ; au contraire, tant en termes de taux de rentabilité (bénéfice/recettes réelles) que, surtout, de bénéfices absolus (bénéfice en MF), les personnes âgées constituent pour le réseau une population d'abonnés susceptibles de procurer des économies de dépenses, donc des bénéfices notables pour les gestionnaires de réseaux.

#### *Un postulat contestable*

Si la critique de sélection des risques par les réseaux paraît infondée au regard de leur fonctionnement économique, beaucoup plus contestable est en revanche le postulat selon lequel les réseaux assureront une bonne maîtrise des dépenses et une allocation optimale des ressources.

Là encore, l'exemple américain des HMO mérite d'être analysé, car seul exemple existant de mécanisme de « pré-paiement ». Différentes études ont révélé que les HMO avaient permis de réduire de 10 % à 40 % le coût des soins pour leurs adhérents, notamment par une baisse des taux d'hospitalisation et des durées de séjour. Mais une fois cette baisse enregistrée, le rythme d'accroissement des dépenses se révèle comparable à ce qu'il est dans les systèmes traditionnels de santé. L'effet bénéfique de la concurrence et de la responsabilisation financière risque ainsi de ne jouer qu'une fois, au moment de la mise en place du réseau, les comportements traditionnels des prescripteurs et des consommateurs de soins reprenant rapidement le dessus.

La logique interne des réseaux repose en effet sur une volonté d'accroître la responsabilisation des consommateurs de soins et de l'élargir aux médecins. Les abonnés seraient, grâce au réseau, incités à modifier leurs comportements car ils seraient sensibles aux conséquences financières - accroissement de leur cotisation d'abonnement au réseau - d'une sur-consommation de soins. Cet argument risque cependant de ne convaincre que les convaincus ! Cette responsabilisation existe déjà dans le réseau de la sécurité sociale : tout accroissement, irrationnel ou non, de la consommation médicale se traduit par un déficit de la CNAM qui entraîne un accroissement des cotisations ou un financement par l'impôt : on n'a pas pu encore constater l'effet responsabilisant de ces conséquences financières sur la consommation médicale ! Certes, pourrait-on rétorquer, on ne peut comparer un réseau de 54 millions d'abonnés, avec un réseau de quelques milliers. Bien sûr, mais on ne doit pas négliger les risques de présence parmi les adhérents du réseau de « cavaliers libres » n'adoptant pas la logique et les comportements « réseaux », d'autant que ceux-ci devront être d'une taille suffisante (supérieure à 15 000 personnes) pour minimiser les risques aléatoires. Ceci est

d'autant plus essentiel que la suppression de tout ticket modérateur *a posteriori* pour les abonnés aux réseaux peut accroître les comportements dépensiers.

Aussi théorique paraît être l'idée que la corrélation entre les résultats financiers des réseaux et les revenus des médecins puisse inciter ceux-ci à adopter des comportements raisonnables de prescriptions et d'activités. Se posent d'abord de redoutables problèmes juridiques vis-à-vis du code de déontologie médicale, qui définit très strictement les modalités de rémunération des médecins, et des règles de regroupement des praticiens au sein de cabinet de groupe. A moins d'une modification de la réglementation existante, il est très malaisé, et selon des modalités sans doute peu efficaces, d'intéresser les prescripteurs de soins aux résultats financiers du réseau.

Mais, à supposer que ces obstacles soient levés, est-on vraiment assuré que la responsabilisation des prescripteurs serait plus efficace que celle des abonnés. L'intéressement financier aux résultats du réseau ne pourrait constituer qu'une part marginale des revenus des médecins, aisément compensable par une activité accrue ; de plus, la mentalité française n'étant pas comparable à la mentalité américaine, il y a fort à parier que la faillite de réseaux assurant une mission de service public hautement respectable, ne saurait être acceptée ni par les médecins, les assureurs et les adhérents, ni par les pouvoirs publics. Dès lors, les tensions financières pesant sur des réseaux en situation d'oligopoles auraient toute chance de se traduire par une revalorisation du forfait annuel de santé à la charge de la sécurité sociale. Sans être certaine, cette déviance paraît cohérente avec ce que l'on sait du poids des médecins dans l'opinion publique et la force du slogan du « droit à la santé ».

La logique de Mammon, qui fait de l'intérêt financier le vecteur d'une plus grande responsabilisation des acteurs, rencontre rapidement ses limites dès lors qu'elle vient en contradiction avec la revendication - fondée ou infondée, qui peut en juger ? , mais bien souvent commune au médecin et au malade - d'obtenir tous les soins nécessaires « à tout prix ».

### ***La solution de César***

Toute différente est, dans son principe et ses modalités, la solution de César pour imposer une limitation stricte des dépenses de santé. Loin de confier à des agents privés la gestion d'un « budget global de santé », cette seconde voie consisterait à confier à l'Etat le soin de définir le montant global des ressources consacrées annuellement à la santé et leur répartition entre des collectivités publiques responsables financièrement, administrativement et politiquement de la politique de santé dans leurs zones de compétences.

Un rapport récent du commissariat général du Plan, « Décentraliser le système de santé » offre, de ce point de vue, des perspectives intéressantes. Le système proposé, avec toutes les précautions habituelles aux rapports administratifs, est le suivant :

- l'Etat conserverait: la maîtrise de la réglementation générale et de la formation; la définition d'un budget global pour la santé couvrant toutes les formes de soins (hospitalier public et privé et ambulatoire) ; la répartition de ces ressources entre les 22 Régions ;
- les Régions auraient une compétence générale pour: l'organisation du système de santé dans la région; la définition d'actions de politique de santé régionale ; les modalités de l'équilibre financier des actions entreprises.

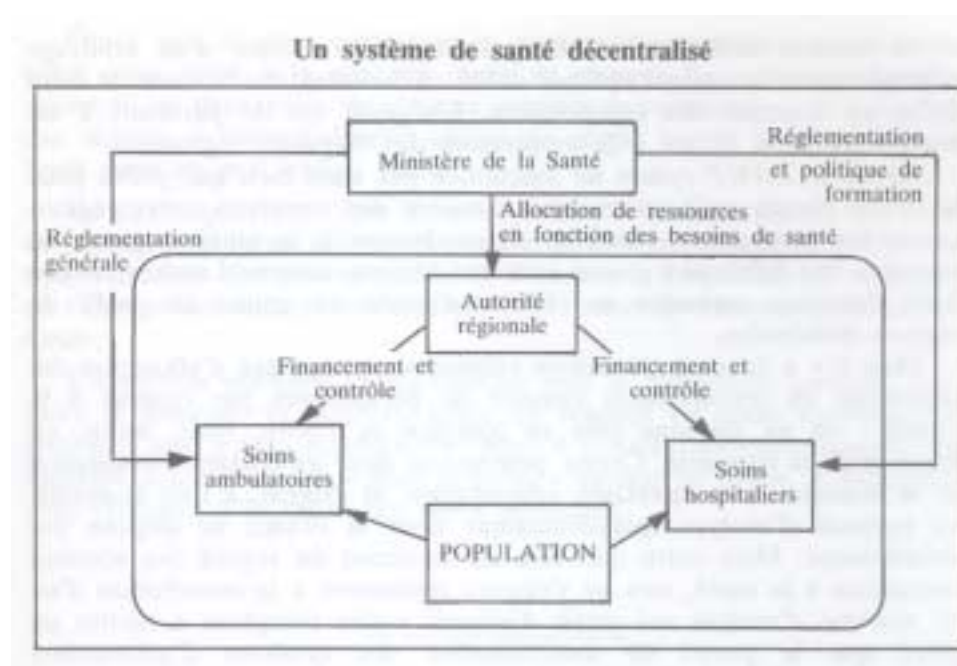
Il ne faut pas se cacher que les difficultés de mise en œuvre d'une telle décentralisation sont multiples, et le rapport du Plan ne cherche pas à les masquer. Difficultés financières tout d'abord : les sommes consacrées à la santé sont sans commune mesure avec les ressources financières des

Régions. Comment dans ces conditions les Régions pourront-elles faire face à une dérive des dépenses supérieure aux prévisions ? La fiscalité régionale existant ou à mettre en place risque de n'être jamais suffisante.

Difficultés administratives ensuite, et à de multiples niveaux : les Régions ne disposent pas aujourd'hui du personnel suffisant et apte à assumer ces compétences nouvelles. Il faudra ainsi transférer ou mettre à disposition les personnels des services extérieurs de l'Etat chargés de la politique sanitaire (les DRASS et les DDASS). De plus, la multiplicité des régimes de sécurité sociale rendra sans doute nécessaire la mise en place d'un système comparable aux caisses-pivots chargées actuellement du versement de la dotation globale de financement des hôpitaux ou l'unification souhaitable, mais politiquement très difficile, de ces régimes au sein d'un véritable régime général d'assurance-maladie.

Difficultés politiques enfin. Les Régions accepteront-elles de bonne grâce de se voir confier ces domaines de compétences beaucoup plus difficiles, complexes et sensibles que la formation professionnelle ou les lycées ? Elles pourraient y voir, avec quelques raisons, un moyen pour l'Etat de se défaire de problèmes qu'il se sentirait incapable de gérer au niveau central. Les caisses de sécurité sociale, administrées par les partenaires sociaux, ne verront sans doute pas très favorablement l'émergence d'un nouveau centre de pouvoir au niveau régional qui leur ôterait, après l'Etat, encore de leurs responsabilités.

Les difficultés sont ainsi multiples mais ne sauraient suffire à écarter prématurément une idée nouvelle et intéressante à plus d'un titre. La décentralisation du système de santé et la responsabilité accrue des Régions permettraient en effet de restituer au politique sa véritable responsabilité dans le domaine de la santé. L'organisation des actions de santé et, en période de difficultés économiques et financières, les mesures de réajustement douloureuses mais indispensables ressortissent avant tout du domaine de compétence du politique et non d'agents privés, médecins, assureurs ou consommateurs de soins, auxquels on dirait « débrouillez-vous ». C'est à l'Etat et aux collectivités locales de prendre leurs responsabilités. Eux seuls ont la légitimité suffisante pour le faire avec efficacité.





De plus, une telle décentralisation pourrait permettre de réduire, à terme, les inégalités régionales en matière de santé. Le rapport du Plan rappelle clairement combien sont inégalement répartis les équipements et les personnels sur le territoire national. Or le fonctionnement financier actuel du système de santé renforce et pérennise ces inégalités : l'argent va là où sont les médecins et les équipements, puisque ce sont eux les ordonnateurs des dépenses. L'installation d'un médecin libéral dans une région génère un flux, au moins partiellement nouveau, de dépenses ; plus encore les dotations hospitalières sont calculées en fonction des personnels et équipements existant conformément à l'idée, certes raisonnable, que si ces équipements existent il faut les faire fonctionner.

Une décentralisation du système de santé pourrait, devrait s'accompagner d'une modification profonde de la détermination des flux financiers pour la santé. L'exemple britannique, décrié souvent sans raison, offre en ce domaine des idées intéressantes. Conscient de l'inégale répartition des équipements de santé entre les *Regional Health Authorities*, le *Department of Health and Social Security* a créé une commission chargée de définir une méthode optimale d'allocation des ressources entre les régions. Le mécanisme mis en place à partir de 1977-1978, connu sous le nom de la commission RA WP (*Resource Allocation Working Party*) est le suivant :

- on définit ce que devrait être le budget de santé régional à partir d'une analyse épidémiologique des besoins de soins de chaque régions ;
- ce budget « optimal » est comparé avec celui qui serait nécessaire pour faire fonctionner tous les équipements existant dans la région :
  - o la fixation définitive des budgets régionaux résulte d'un arbitrage politique entre le budget optimal défini en fonction des besoins, et celui défini en fonction des équipements. L'objectif est de parvenir, à un horizon de 10 à 15 ans à la suppression des inégalités régionales.

Certes le *RAWP system* ne fonctionne pas aussi bien que prévu pour la raison simple qu'il est malaisé d'opérer des transferts entre régions quand les ressources consacrées nationalement à la santé stagnent ou évoluent très faiblement; ainsi certaines régions, comme Londres, voient leurs dotations annuelles se réduire d'année en année au profit de régions déshéritées.

Mais il y a dans ce mécanisme relativement complexe d'allocation des ressources un renversement complet de perspectives par rapport à la France : on ne raisonne plus en fonction de l'offre, mais enfin, en fonction de la demande. Certes, pourra-t-on dire, les critères d'évaluation de la demande sont incertains, contestables, et exigent à tout le moins, un appareil d'analyse épidémiologique dont la France ne dispose pas actuellement. Mais outre que cela est étonnant au regard des sommes consacrées à la santé, rien ne s'oppose réellement à la constitution d'un tel système d'analyse qui serait d'ailleurs moins complexe à mettre en place que le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)<sup>3</sup> que Jean de Kervasdoué avait lancé à la direction des hôpitaux.

On le voit, la décentralisation du système de santé s'oppose presque point pour point à la mise en place de réseaux de soins coordonnés, même si ces deux voies de réforme peuvent se rejoindre – ce qui n'est pas certain – dans l'objectif ultime de réunir toutes les dépenses de santé dans un seul budget global.

---

<sup>3</sup> Le PMSI, inspiré de la méthodologie du Pr Fetter de l'Université de Yale, vise à déterminer des groupes homogènes de malades (GHM) et à définir un coût par GHM. Il peut constituer à terme un mode de détermination, ou d'éclairage, des budgets hospitaliers.

Le RSC repose sur l'idée de concurrence, la décentralisation sur celle de planification ; l'un fait appel avant tout à la responsabilité et l'incitation financière des acteurs de santé, l'autre à la responsabilité politique de l'Etat et des collectivités locales ; l'un ressort de Mammon ? l'autre de César.

L'évolution politique et idéologique vers le libéralisme pourrait conduire à favoriser la mise en place de réseaux de soins coordonnés ; pourquoi pas, à titre d'expérience. Mais il y aurait quelques dangers, ou illusions, à croire que la « main visible » du marché puisse se substituer avec efficacité à la clarté des choix politiques.

## **BIBLIOGRAPHIE SUR LES RESEAUX DE SOINS COORDONNES**

*Les réseaux de soins coordonnés ont fait l'objet de plusieurs publications ou articles. Il nous a paru utile de présenter ici quelques-uns des ouvrages de référence sur ce sujet.*

« Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : propositions pour une réforme profonde du système de santé », - Robert J. Launois, Béatrice Majnoni d'Intignano, Victor Rodwin, Jean-Claude Stephan. – *Revue Française des affaires sociales*, janvier-mars 1985.

Pierre Giraud, Robert J. Launois. – *Les réseaux de soins, médecine de demain*. – Paris, Economica, 1985.

Institut La Boétie. Robert Launois, Alain Enthoven, Jacques Métais, Gérard Viens – « Systèmes de santé HMO, RSC, comparaisons internationales ». – Paris, Institut La Boétie, 1985.

Béatrice Majnoni d'Intignano, Docteur Jean-Claude Stephan. – *Hippocrate et les technocrates*. – Paris, Calman Levy, 1983.

« L'hôpital à Paris ». – Publication de l'assistance publique, n° 87, mai-juin 1985 : « Réseaux de soins coordonnés et filière de soins ». Séminaire du 25 avril 1985.

*Revue Politique et management public*. Volume 3, n° 4, Paris, 1985. Numéro spécial « Innovations et régulations dans les systèmes de santé » (France, USA) dirigé par Béatrice Majnoni d'Intignano et le Professeur Emile Lévy.