

# « Les réseaux de soins, médecine de demain »

*Note de lecture à propos des réseaux de soins coordonnés* (R. LAUNOIS<sup>(1-2)</sup>, P.GIRAUD In Ed. Economica 1985)

---

Yves CONDE<sup>(1)</sup>

Gestions Hospitalières - Février 1987, n° 263 : 27-31

<sup>(1)</sup> Attaché de Direction au C.H.R. d'Angers

## INTRODUCTION

Diverses voies ont été étudiées depuis une vingtaine d'années pour la maîtrise des coûts des systèmes de santé. Elles se subdivisent essentiellement entre le contrôle administratif et le rétablissement des mécanismes du marché.

Le contrôle administratif s'est fortement développé en France, depuis 1979 au moins. Il a pris des formes diverses : profils médicaux, limitation de la croissance des honoraires médicaux pour le secteur libéral ; système du taux directeur puis du budget global, contrôle des créations de postes pour les hôpitaux publics ; carte sanitaire pour les deux secteurs.

Face à ce développement du système administratif les théoriciens libéraux prévoient notamment une plus grande participation de l'utilisateur au niveau du petit risque, avec possibilité de recours à des assurances privées et la mise en concurrence des structures sanitaires. Elles ont peu de chance d'être appliquées en raison de l'attachement de l'opinion publique à la sécurité sociale. Cette situation conduit à une certaine sclérose du système sanitaire.

L'ensemble des mesures administratives évoquées ont à l'évidence permis un fort ralentissement des dépenses, notamment des dépenses hospitalières mais la réglementation conduit nécessairement à figer les positions des différents partenaires.

Des phénomènes de sclérose risquent de se développer : le corps médical, engoncé dans un formalisme administratif puissant, aura le plus grand mal à faire preuve du même dynamisme que celui des 20 dernières années. Les établissements les mieux dotés poursuivront leur développement. Les établissements moins bien dotés ou qui doivent se développer du fait de l'évolution démographique ou de la pathologie de leurs secteurs, auront des difficultés à le faire. Les cadres administratifs eux-mêmes et notamment les directeurs d'hôpitaux, risquent d'être réduits à une simple mission d'application des textes.

Les dépenses sanitaires seront certes maîtrisées, peut-être les malades seront-ils aussi bien soignés, dans un premier temps, que dans la situation précédente. Mais que deviendra la médecine de pointe, que deviendront les conditions d'accueil des malades dans les établissements ?

A partir d'une analyse économique du système sanitaire français, P. Giraud et R. Launois proposent une 3<sup>ème</sup> voie entre démarche administrative et laisser faire libéral : la création de réseaux de soins coordonnés.

## RESUME

Les auteurs analysent tout d'abord le développement du système sanitaire, de plus en plus soumis au pouvoir administratif et politique. La montée du pouvoir administratif a tendance à renforcer les problèmes de relations entre le pouvoir politique, le pouvoir administratif et le système médico-industriel que composent le corps médical, les institutions sanitaires et les industriels de la Santé (Chapitre I).

### □ Les réformes comptables et financières

Dans les trois chapitres suivants (Chapitres II, III et IV), P. Giraud et R. Launois montrent que les différents mécanismes sur lesquels devraient reposer le contrôle des coûts sont soit inefficaces, soit pervers.

L'efficacité du P.M.S.I. et du système de contrôle de l'activité hospitalière sur la base du type, du nombre et du coût des G.H.M. risque de buter sur trois comportements irrémédiables :

- Le coût du traitement d'un patient étant défini à partir des coûts observés au cours d'un même séjour hospitalier, le système de contrôle pourra être contourné par une politique systématique de diminution des durées de séjour et d'augmentation du nombre d'admissions, notamment par réhospitalisation.
- Le type de traitement existant pour une même pathologie conduisant à un classement dans les GHM différents, le corps médical aura intérêt à appliquer ceux qui permettent le classement le plus avantageux et à surévaluer les diagnostics principaux ou associés, qui conduisent au classement dans tel ou tel GHM.
- Enfin les auteurs considèrent que ce système qui pourrait, à la rigueur, sous réserve des objections précédentes, permettre de suivre l'activité hospitalière, n'incite pas à choisir les méthodes les plus efficaces.

L'ouvrage s'attaque ensuite aux mécanismes de financement du système sanitaire. Il montre que ni le malade, ni le corps médical, ni les institutions ne peuvent être considérés comme les coupables de l'augmentation excessive de la consommation.

La première conception, selon laquelle le malade est responsable de sa demande et des coûts induits, conduirait à mettre à la charge du malade une part accrue du coût des soins.

Ce courant est illustré par la mise en place du ticket modérateur ou du forfait hospitalier ou par les thèses favorables au développement du rôle des assurances privées. Il apparaît largement erroné car la décision de recours aux soins est peu influencée par l'effet prix. Les soins les plus onéreux accordés aux malades les plus lourds représentent l'essentiel des budgets sanitaires. Il apparaît évident que les malades qui ont recours à ces soins ne sont pas maîtres de leurs décisions.

La deuxième conception consiste à dire que le corps médical est un élément essentiel de l'augmentation des dépenses de santé car il provoquerait la demande de soins. Les auteurs réfutent cette « théorie de l'offre de soins ». Le corps médical, par son objet même, par sa déontologie, ne peut de toute façon que jouer le rôle de dispensateur de soins et non de contrôleur ; la soi-disant création de la demande par l'offre peut être interprétée, de façon plus réaliste, comme la simple réponse à une demande latente non exprimée.

Il est donc inutile de se poser la question du coupable. Le coupable est le système qui, par le principe de la tarification à l'acte et a posteriori, conduit au développement de l'activité sans inciter les différents acteurs, usagers ou producteurs de soins, à rechercher la meilleure efficacité.

Les auteurs exposent enfin leur analyse de l'interventionnisme public. Ils récusent d'abord la validité de la loi majoritaire pour décider des budgets à allouer au secteur sanitaire. Ils soulignent que les coûts étant fortement concentrés sur un nombre d'individus restreint, la majorité ne peut que souhaiter une décélération de ces dépenses qui ne profite pour l'essentiel qu'à un petit nombre.

Les choix démocratiques seraient trop globaux pour permettre un choix de gestion précis en matière de santé. Derrière l'argument qui consisterait à soutenir que l'électeur choisit les priorités de développement, apparaîtrait une structure administrative puissante : l'administration centrale, notamment le Ministère des Finances et les services du Ministère de la Solidarité Nationale chargés

de la sécurité sociale. Face à cette structure le groupe « corps médical – élus », sur lequel reposait l'essentiel du développement sanitaire, n'a plus les moyens d'imposer ses choix.

Le modèle technocratique reposerait sur des bases faibles. Les modes de décision, notamment la carte sanitaire, ne permettraient pas une décision juste et légitime dans la mesure où ce sont finalement les rapports de pouvoir qui les définiraient pour l'essentiel.

La montée du pouvoir financier et technocratique aboutirait à une situation nouvelle, l'application d'une politique rigide que les auteurs présentent ainsi :

« Ce qui est à craindre aujourd'hui, pour certains, ce n'est pas que la politique sanitaire soit inefficace, c'est qu'elle le soit trop, qu'elle impose à toute la population des mesures qui nient les besoins du malade en raison de contraintes financières rigides et mal adaptées ».

Ce constat amène les auteurs à étudier les différentes solutions proposées et à prôner une adaptation du système de sécurité sociale français par la création de « réseaux de soins coordonnés » (Chapitre V).

#### □ **Les projets de réforme de la sécurité sociale**

Deux projets de réforme de la sécurité sociale sont examinés : le projet de « sécurité sociale à deux vitesses » et celui de la privatisation de la sécurité sociale.

- *Le projet de sécurité sociale à deux vitesses repose sur deux idées essentielles :*
  - la sécurité sociale conserve la seule charge des gros risques (sans ticket modérateur) ;
  - les petits risques sont couverts par les mutuelles ou par des assurances.

Ce système présente deux inconvénients :

- 1) il oriente les malades vers les structures de soins et les traitements les plus coûteux qui sont aussi les mieux remboursés (cf. le cas des personnes âgées et la fréquentation des unités de long séjour et des hôpitaux psychiatriques),
- 2) il remet aux mutuelles la gestion des « petits risques ».

Ce deuxième point suppose que les mutuelles disposent d'une capacité de gestion qu'elles ne semblent pas avoir actuellement. Elles ne pourraient l'acquérir que par une forte concentration qui risquerait, à son tour, de renforcer la logique financière incarnée actuellement par la sécurité sociale et l'administration centrale.

- *La solution de la privatisation de la sécurité sociale propose une organisation fondée sur trois principes :*
  - 1) les régimes obligatoires d'assurance maladie étant supprimés, les salariés percevraient un salaire net augmenté des cotisations « ouvrières » et « patronales » et seraient soumis à une obligation d'assurance minimale, auprès de mutuelles ou d'assurances.
  - 2) La protection serait généralisée grâce au versement d'une « aide personnalisée à la santé », analogue à « l'aide personnalisée au logement » pour les personnes ayant des difficultés à cotiser. Le financement de cette aide serait assuré par les plus-values fiscales produites par la réintégration des cotisations sociales dans les ressources imposables, sous réserve de la création d'un crédit d'impôt fixe, variant avec la composition mais non avec les revenus, ce qui renforcerait la redistributivité du système global « fiscalité + parafiscalité sociale ».

- 3) La couverture du risque social étant assurée par le recours à des organismes privés, ceux-ci feraient nécessairement pression sur le système sanitaire pour qu'il baisse les coûts.

Ce système de privatisation est cohérent avec l'existence d'organismes tels que les Health Maintenance Organizations américaines dont les caractéristiques principales sont exposées rapidement dans l'ouvrage.

Libre choix de l'utilisateur, organisations offrant toute la gamme de services sanitaires, paiement forfaitaire a priori, partage des risques financiers entre les membres, organisations diverses tant sur le plan de l'initiative, qui peut venir des groupes très différents (entreprises, associations, praticiens ...) que des relations entre les médecins ou les établissements et la HMO (salarial, actionnariat, convention ou propriété, forfait ou budget annuel global).

En corollaire de l'exposé sur les HMO est présenté le « plan de santé au choix du consommateur » du professeur Enthoven (Stanford) lui-même inspiré des HMO. Il se caractérise par :

- le libre choix du consommateur entre des plans,
- le financement par l'assuré aidé par l'Etat par le versement d'un forfait variable suivant les foyers (en fonction du nombre des membres, des risques encourus ...)
- la compensation des coûts entre individus appartenant à une même classe de risque afin que les cotisations soient assises sur l'appartenance à une même population et non sur le fondement individuel.
- La mise en place de systèmes intégrés comparables aux HMO qui devraient offrir un niveau minimum de prestations globales.

P. Giraud et R. Launois considèrent que les réformes ci-dessus analysées ne peuvent être appliquées en France en raison de l'attachement de l'opinion publique à la sécurité sociale et de la rigidité des institutions. Ils proposent cependant de s'inspirer du modèle des HMO Pour créer un système de « réseaux de soins coordonnés ».

❑ **Une proposition : La création de « Réseaux de Soins Coordonnés »**

L'organisation du système a été décrite à plusieurs reprises<sup>1</sup>.

Il se veut une réponse réaliste à la nécessité d'introduire une concurrence entre les systèmes de soins afin de les inciter à améliorer leur efficacité.

Le fonctionnement des RSC repose sur trois principes :

- la création d'organismes regroupant divers partenaires du secteur sanitaire : médecins, paramédicaux, hôpitaux ... Ils doivent proposer des actions préventives et curatives. Leur forme juridique peut être inspirée des GIE et de l'article 17 de la loi du 19 janvier 1983 qui permet la signature de conventions avec les organismes d'assurance maladie par l'expérimentation dans le domaine médico-social.
- Le versement d'un forfait annuel de santé par les caisses d'assurance maladie. Ce forfait est égal à 80 % d'un « coût actuariel national des soins », calculé par le CERC PAR EXEMPLE. Le coût actuariel est le coût des différentes classes d'assurés, en fonction de leur âge, de leur catégorie professionnelle, de leur pathologie. Les 20 % restant à la charge de l'utilisateur correspondent à la part des dépenses sanitaires actuellement financée par les ménages eux-mêmes selon les données de la comptabilité nationale.

---

<sup>1</sup> R. Launois, B. Majnoni d'Intignano, V.G. Rodwin, J.C. Stephan : « Les Réseaux de Soins Coordonnés (R.S.C.) : Propositions pour une réforme profonde du système de santé », Revue des Affaires Sociales n° 1, 1985.  
R. Launois : « Les Réseaux de Soins Coordonnés », Gestion Hospitalière n° 250 Novembre 1985.

- La concurrence entre les réseaux. Elle s'établira sur la qualité des prestations fournies et sur le coût de l'affiliation. L'usager sera en effet influencé par le prix du réseau. Il pourra choisir son affiliation en fonction de la qualité du RSC.

Les RSC permettraient ainsi de conserver les caractéristiques essentielles du système actuel :

- maintien du niveau de protection sociale,
- maintien du contrôle de l'Etat sur le montant global du financement de l'assurance maladie,
- maintien des structures de la sécurité sociale et des services de l'Etat.

Ils permettraient par contre de stimuler le système par la concurrence et d'éviter d'imposer une réglementation trop lourde, aux hôpitaux notamment.

## COMMENTAIRE

La forme de l'ouvrage est particulièrement séduisante. Il s'agit d'un texte court (154 pages), très structuré, dont la lecture est rapide, mais la richesse conceptuelle considérable, notamment dans l'analyse de la décision médicale.

Sur le fond l'intérêt de l'ouvrage est double : un exposé synthétique sur le développement du système sanitaire et sur les différentes réformes envisagées et la proposition de création de réseaux de soins coordonnés.

Le système place les établissements dans une perspective moins administrative que dans la situation actuelle. Il rend une liberté de gestion et d'orientation qu'ils ont très largement perdue ; il est censé stimuler à la fois le contrôle des coûts et l'efficacité des structures sanitaires. Il rompt en cela avec la démarche essentiellement financière des réformes sanitaires connues depuis la fin des années 1970.

La démonstration apportée par les auteurs conduit cependant à des interrogations : elle tend parfois à surestimer les avantages de la formule proposée et à sous-estimer les avantages d'un contrôle administratif, par nature difficilement supportable et certes en partie aveugle, mais dont l'efficacité sur le contrôle budgétaire est certaine. Pour être pleinement convaincant il faut démontrer que cette nouvelle structure permet réellement, sans mettre à la charge du malade et de l'usager une part plus grande des coûts, de diminuer le financement collectif de la Santé par diminution de son prix de revient. La logique du modèle proposé est suffisamment forte pour qu'une expérience soit menée afin de vérifier son bon fonctionnement.

### □ L'efficacité du système

Le modèle doit tout d'abord être soumis aux conditions les plus concrètes du fonctionnement des structures sanitaires, dans chacun de ses éléments. Permet-il concrètement :

- une meilleure prise en charge des problèmes de santé dans le cadre des RSC ?
- le maintien de la protection sociale ?
- *Les RSC proposent d'améliorer l'efficacité du système sanitaire en offrant des moyens de prévention*

La prise en charge de la prévention est un problème ancien. Elle est considérée dans de nombreux textes comme un facteur de baisse du coût des soins, grâce notamment à la diminution de la morbidité. La sécurité sociale a cependant généralement refusé de prendre en charge ces coûts.

Il y a à cela une raison simple : une politique de prévention ne peut donner de résultat sur la morbidité avant plusieurs années dans la plupart des cas. Il apparaît un décalage important entre des décaissements et les encaissements consécutifs à cette politique.

Les conditions d'intégration des coûts de prévention doivent donc être précisées. S'agissant d'un véritable investissement, à long terme, dans l'état sanitaire de la population il sera sans doute nécessaire que l'Etat Finance cet effort de prévention sur le modèle de ce qui a été fait en matière de P.M.I.

Le Réseau de Soins Coordonnés paraît donc une bonne solution pour inciter les usagers à adopter un comportement préventif, il ne résout pas, par contre, le problème du financement de la prévention.

Cette objection peut être levée, par contre, si les RSC permettent d'abaisser le coût global de la Santé. Le coût de la prévention pourrait alors être financé par prélèvement sur les économies ainsi réalisées.

- *Le deuxième avantage présenté, l'élément central bien entendu de l'argumentation, est que les RSC permettraient d'obtenir des coûts moindres que ceux des institutions sanitaires actuels*

Les arguments sont divers :

- les coûts des HMO dont s'inspirent les RSC sont plus faibles que ceux des autres institutions américaines.
- La mise en concurrence des réseaux doit permettre d'abaisser les coûts.
- Le paiement ex ante et la politique de prévention devraient freiner le recours aux prestations les plus onéreuses.

**Le premier argument** est que les HMO américains sont de 10 à 40 % moins coûteuses que le ou les « système(s) d'assurance pratiquant le remboursement a posteriori des frais ».

Deux remarques doivent être faites sur ce point.

Tout d'abord il n'est pas facile de comparer les résultats américains à ceux du système français. La différence de coût est calculée entre HMO et assurances privées pour l'essentiel. Or la différence que l'on constaterait en France serait entre HMO et institutions financées par la sécurité sociale. A l'heure actuelle aucune donnée ne semble disponible sur les coûts comparés entre système sanitaire français et système sanitaire américain.

Les auteurs indiquent par ailleurs que la rémunération des médecins de HMO seraient plus faibles que ceux des libéraux. Une partie de la baisse des coûts viendrait donc d'une moindre rémunération des médecins, solution bien entendu efficace, avec ou sans RSC ... Ce point mérite d'être éclairci dans la mesure où ce type d'organisme est parfois présenté comme une solution de recours pour des médecins qui auraient des difficultés à s'installer.

**Le deuxième argument** des auteurs consiste à dire que la mise en concurrence des réseaux conduit à l'abaissement des coûts. En effet en laissant à la part de l'utilisateur un montant de l'ordre de 20 % de son « coût actuariel », le système oblige le réseau de soins à proposer des coûts compétitifs.

Cependant le phénomène d'écroulement des bons risques peut-il être évité ?

Bien entendu le cahier des charges du réseau doit prévoir la prise en charge dans des conditions précises des diverses catégories ; d'autre part la bonne définition des divers coûts actuariels ne devrait pas pénaliser les réseaux qui prendraient en charge des pathologies lourdes.

Cet équilibre suppose que le coût actuariel soit juste et que le cahier des charges soit établi et contrôlé. Pour que la mise en concurrence joue dans de bonnes conditions sur ce « quasi marché » un calcul des coûts proche de celui des GHM doit être réalisé et un contrôle des établissements doit être créé. Le schéma se rapproche par certains aspects du système que bâtit actuellement le Ministère de la Santé : suivi d'activité puis, à terme, financement sur la base des coûts par GHM, contrôle de l'activité et du fonctionnement des établissements par la Tutelle et la sécurité sociale.

Ce phénomène de concurrence doit réellement conduire à une baisse du coût global du système. Pour que ce phénomène se produise il est nécessaire que le marché soit réellement concurrentiel : que le nombre d'offres sur le marché soit suffisant et que leurs relations soient à tendance concurrentielle et non monopolistiques ou oligopolistiques. Le problème de l'offre n'est pas le seul à se poser sur ce quasi-marché ; se pose aussi celui du financement. Dans le schéma proposé la sécurité sociale reste l'organe de financement essentiel du système. La fixation du niveau des « coûts actuariels » risque donc d'être soumise à une forte pression des producteurs des soins.

On est alors ramené à l'analyse des auteurs dans le Chapitre IV : la puissance respective des groupes de pression et les rapports sur un marché de type « monopsonne » entre l'Administration Centrale et la sécurité sociale d'une part et une foule de producteurs d'autre part risquent d'annuler la concurrence entre les réseaux.

Il faut enfin souligner que la création de RSC risque de provoquer des phénomènes de concentration entre des structures de soins jusqu'alors concurrents.

Le marché tendrait alors vers une structure de monopole bilatéral (avec un offreur, le RSC, et un acheteur, le système de financement) ou au moins d'oligopoles (RSC offreur et sécurité sociale – mutuelles acheteurs). Les auteurs notent d'ailleurs cette difficulté notamment « dans des régions de relativement faible densité de peuplement où le nombre des médecins et la diversité des établissements sanitaires sont limités »<sup>2</sup>.

L'élément nouveau cependant est que ce coût est fixé par un organe indépendant. Celui-ci serait moins soumis à pression que le gouvernement et les organismes de sécurité sociale qui sont, de plus, juge et partie.

**Le troisième argument**, enfin, est que le paiement ex ante, le fait que des moyens de prévention soient offerts dans le RSC, permettraient de diminuer le recours aux prestations les plus coûteuses.

- *Le maintien de la protection sociale*

Le système laisse à l'usager 20 % du « coût actuariel national des soins ».

Ce taux de 20 % représente la part des dépenses sanitaires actuellement financées par les ménages selon les données de la comptabilité nationale, notamment l'automédication et les dépassements d'honoraires conventionnels. On peut considérer que cette charge représente une baisse du niveau de protection sociale.

Ce point est particulièrement délicat car le maintien de la protection sociale constitue un thème de débat entre les partis politiques. Il est important car il touche à l'accès au système de soins. Les auteurs admettent cependant que le coût actuariel et le forfait annuel versé aux RSC pourraient « coïncider » pour les personnes soumises à des traitements lourds. L'efficacité du système risque

---

<sup>2</sup> Page 122.

alors d'achopper sur le fait que les coûts du système sont très concentrés, sur un petit nombre d'individus.

D'autre part, les personnes qui ne pourraient acquitter ces 20 % percevraient une « aide Personnalisée à la Santé » analogue à l'aide Personnalisée au Logement.

L'efficacité des RSC repose donc essentiellement sur la création d'un quasi-marché ». La protection sociale devrait conserver la même ampleur mais la concurrence ainsi créée devrait permettre de faire baisser les coûts. Le système proposé est donc tout à fait différent du contrôle administratif. Bien qu'il se présente comme une alternative à la situation actuelle ses chances de succès passent sans doute plus par sa complémentarité que par une opposition globale aux réformes en cours.

#### □ La création des RSC est-elle possible ?

Les chances de succès des RSC reposent sur le fait qu'ils introduisent un changement important mais semblent pouvoir cohabiter avec les réformes actuelles pour deux raisons :

- le système de contrôle administratif actuel a en partie résolu le problème du financement. Les RSC proposent une solution séduisante mais doivent encore démontrer leur efficacité.
  - Les RSC permettent d'expérimenter une nouvelle organisation sans remettre en cause totalement le système actuel. Il offre une chance de préserver le dynamisme du monde de la Santé.
- *Efficacité comparée des RSC et du contrôle administratif*

Les promoteurs des RSC tentent de démontrer qu'ils sont plus performants que l'arsenal administratif actuel tant sur le plan du contrôle budgétaire que sur le plan de l'efficacité médicale.

La supériorité des RSC repose sur le pari qu'une concurrence peut exister dans la mesure où, comme le soulignent les auteurs eux-mêmes, les facteurs de la demande et de l'offre ne répondent pas aux critères d'économicité classique : marché concurrentiel, choix éclairé du « consommateur », maximisation du profit du producteur, caractéristiques bien connues du « produit ».

Face à cette incertitude le système administratif délivre des certitudes dangereuses mais dont l'efficacité est simple sur le plan du contrôle des dépenses sanitaires. La limitation de la croissance des budgets hospitaliers par le taux directeur, le système de la dotation globale ont à l'évidence permis de freiner le taux d'augmentation des dépenses de santé.

Les RSC peuvent difficilement lutter contre le système administratif sur le plan du contrôle des coûts. Les auteurs le reconnaissent d'ailleurs implicitement lorsqu'ils soulignent que leur crainte est que cette politique de contrôle soit trop efficace sur le plan financier (cf. supra).

Le pari des RSC repose par contre sur leur efficacité sanitaire et sur leur capacité à s'adapter.

Leur supériorité reposerait sur la qualité de leurs prestations. Le système administratif focaliserait l'essentiel de l'énergie des institutions sanitaires sur la maîtrise des coûts. Les RSC eux mettraient les institutions dans la position de devoir conquérir leur clientèle, l'orientant vers une démarche plus proche de la gestion d'une entreprise commerciale que d'une administration.

De plus une communauté d'intérêt apparaît au sein d'un RSC entre les institutions complémentaires (cliniques, hôpitaux, médecine libérale). Le RSC s'adapterait ainsi mieux aux besoins sanitaires globaux de la population.

- *Pour une expérimentation des RSC*

Les RSC offrent une occasion de modifier les règles de fonctionnement à visée essentiellement financière que la situation des pays industrialisés imposent aujourd'hui, notamment en France.

La proposition est réaliste dans la mesure où elle ne remet pas en cause de manière fondamentale le principe même de la sécurité sociale. Elle apparaît compatible avec les grandes règles actuelles du financement.

Les auteurs condamnent cependant le système des GHM en cours d'application par les hôpitaux. Ils ne manquent pas d'arguments valables : grande diversité des pratiques médicales qui seraient impossibles à normaliser, possibilité de contourner le système par une politique de raccourcissement des durées de séjour compensé par des réhospitalisations, surévaluation des diagnostics. Comme le soulignent les auteurs, les GHM peuvent avoir un effet pervers car, indicateurs d'activité, ils poussent les établissements à augmenter leur activité comme le nombre de journées les poussait à remplir leurs lits. De même le système repose sur une forte corrélation entre la durée du séjour variable explicative et les coûts. Or on sait que pour certaines pathologies l'écart type de la durée de séjour est tellement important qu'elle ne peut être considérée comme variable explicative.

Ces critiques sont difficilement réfutables mais on peut leur objecter plusieurs remarques.

Les GHM sont le seul moyen existant à l'heure actuelle pour essayer de définir le produit hospitalier et évaluer les coûts. La nécessité d'un tel outil peut d'ailleurs trouver sa justification dans la proposition de calculer un « coût actuariel national des soins » par classe de risque. Ce coût est différent du coût par GHM : il est plus global, il est calculé a priori par un organisme indépendant. Mais il peut présenter les défauts comparables à ceux des GHM ; comme l'établir pour des pathologies pour lesquelles les pratiques médicales sont très diverses, comment éviter le phénomène d'écroulement dans la mesure où le coût de chaque classe comportera nécessairement une part d'incertitudes. Conformément à l'analyse même des auteurs les producteurs s'orienteront légitimement vers les groupes les plus rémunérateurs.

L'existence des GHM dans un hôpital ne devrait d'ailleurs pas gêner le bon fonctionnement d'un RSC.

Les auteurs ne remettent pas en cause par ailleurs le système du budget global ni le contrôle du financement par l'Etat et les Caisses de sécurité sociale. Ils soulignent au contraire que le volume des dépenses pourrait ainsi être fixé a priori, avant chaque exercice sur la base des données démographiques et du coût actuariel.

La sécurité sociale peut ainsi mieux contrôler ses versements à l'ensemble du système sanitaire comme elle le fait actuellement pour les hôpitaux. L'Etat conserve par ailleurs sa responsabilité suprême de fixer le volume global des prélèvements destinés à l'assurance maladie. Les RSC ne remettent donc pas en cause l'organisation actuelle du financement. Ils offrent une possibilité de stimuler la concurrence et d'obliger les instituts sanitaires à mieux coordonner leurs efforts.

Pour vérifier ces promesses, il serait souhaitable que des groupes d'origine diverses tentent cette expérience.

## **CONCLUSION**

Le débat qui s'instaure aujourd'hui autour des RSC semble avoir le don d'exciter l'esprit des responsables du monde de la Santé. Cette proposition correspond en fait à l'état sociologique et

politique du système sanitaire et social : soumis à de fortes contraintes de financement, les différents acteurs cherchent un système qui leur permette de conserver la qualité de leurs prestations tout en répondant aux nécessités du contrôle budgétaire (hôpitaux publics) et en cherchant à conserver leurs marges bénéficiaires (cliniques privées, médecine libérale).

L'analyse théorique du système devrait arriver prochainement à son apogée : des équipes de milieux divers se penchent ou se sont penchées sur cette proposition. Les RSC ne sont pas en rupture complète avec le système actuel mais offre une pratique différente.

Puisque tous s'accordent à trouver ce système séduisant, puisqu'il ne remet pas en cause le système de sécurité sociale, pourquoi ne pas faire preuve de ce dynamisme volontiers reconnu aux structures américaines dont il s'inspire et lancer une expérimentation ? Et tant qu'à faire puisque l'on parle tant d'innovation en matière de gestion, il serait heureux qu'une telle expérimentation attire des innovateurs en matière médicale pour que, avec les nouveaux procédés qui apparaissent dans les protocoles diagnostiques et thérapeutiques, avec ses moyens de prévention, un ou des RSC en expérimentation offre une image du dynamisme technique, social, économique du système sanitaire français.