
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Haut Comité de la santé publique

Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé

Catalogage Electre-Bibliographie (avant publication)

FRANCE. Ministère de l'emploi et de la solidarité*FRANCE. Haut Comité de la santé publique

Allocation générale des ressources et réduction des inégalités de santé : rapport adressé à la conférence nationale de santé 1998 et au Parlement /

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Haut comité de la santé publique. – Rennes : Ed. ENSP, 1999

ISBN 2-85952-744-3

RAMEAU :

santé : aspect social : France : régions
santé publique : planification : France : régions
soins médicaux : utilisation : France :
disparités régionales

DEWEY :

362.1 : Services sociaux spécifiques. Hôpitaux.
Centres médicaux. Politiques de santé publique

Public concerné :

Professionnel, spécialiste

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 1998, Haut Comité de la santé publique, 8, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP

ISBN 2-85952-744-3 - ISSN 1244-5622

<http://editions.ensp.fr>

Introduction	7
Position du problème	11
De quoi s'agit-il ?	12
Y a-t-il un lien entre inégalités de santé et inégalités d'offre de soins ?	13
Dès lors, au nom de quels principes faut-il répartir les ressources ?	17
Conclusion	23
Les dispositifs actuels d'allocation régionale des ressources	25
Ce que prévoient les textes	25
Les dispositifs arrêtés en 1997 et 1998	26
Essai de lecture critique de ces dispositifs	30
Conclusion	41
Préconisations	43
Introduction : malgré les difficultés de la tâche, il convient d'avancer	43
L'amélioration des dispositifs actuels (scénarios 1 et 2)	46
Changements de perspective (scénarios 3 et 4)	55
Proposition de mesures devant accompagner les dispositifs de péréquation financière	66
Conclusion	69
Annexes	77

Lors du premier rapport rédigé en 1996 par le Haut Comité de la santé publique pour la Conférence nationale de santé et pour le Parlement, un chapitre avait été consacré à l'offre de soins en insistant sur les inégalités de la répartition régionale en matière de personnels, de structures et de services¹.

Suite à la publication des ordonnances d'avril 1996 prévoyant une déclinaison régionale des enveloppes destinées aux établissements de soins et à la médecine ambulatoire, le Haut Comité de la santé publique a souhaité poursuivre la réflexion et a décidé de créer un groupe de travail devant approfondir la réflexion ainsi engagée sur le thème « *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé.* » Constitué en janvier 1997 sous la responsabilité de J.-C. Saily, membre du Haut Comité de la santé publique, ce groupe a réuni jusqu'en mars 1998 : quatre membres du HCSP ; des experts (économistes, géographes, démographes) ayant travaillé sur ce thème lors de l'élaboration du rapport du Commissariat général du Plan *Santé 2010* ou œuvrant sur cette question dans des séminaires mis en place par la Mission recherche (Mire) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; des

1. Haut Comité de la santé publique, *La Santé en France*, Paris, La Documentation Française, 1996 : deuxième partie : l'offre de soins et l'utilisation des ressources, p. 89-177.

experts d'administrations ou d'organismes producteurs de données (Sesi, Crédes, Fnors) ; des membres de l'administration (DGS, DH, DSS), de la Cnamts et des agences régionales de l'hospitalisation. En outre, plusieurs personnalités ont été entendues par le groupe de travail (cf. Annexe I).

Avant la publication du présent document, un rapport d'étape avait été rédigé en mai 1997 et transmis à la Conférence nationale de santé².

Trois ordres de considérations

La question soulevée par le thème « allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé » se situe au confluent de trois ordres de considérations :

- Un ordre touchant aux **questions philosophiques et éthiques** : quelle notion de la santé privilégie-t-on ? Quelle conception de l'équité adopte-t-on ?
- Un ordre relevant de **multiples expertises**, qu'elles concernent le domaine institutionnel et juridique ou qu'elles se rattachent aux différentes disciplines nourrissant l'approche de santé publique : dans quel contexte institutionnel l'allocation régionale des ressources s'insère-t-elle ? Quels sont les dispositifs prévus par la réforme de 1996 ? Que peut-on dire, qui soit scientifiquement fondé, sur les liens entre état de santé, offre de soins, recours aux soins, et donc sur les réductions d'inégalités de santé que l'on peut attendre de dispositifs destinés à diminuer les inégalités d'offres de soins ? Comment analyser les répercussions des modalités de répartition actuellement en vigueur ?
- Un ordre relevant de la **décision politique** : en fonction de la vision philosophique et éthique à laquelle on se réfère et suite à l'éclairage fourni par les experts, quelles options prend-on, en référence à un projet politique ?

Afin d'éclairer cette question, le groupe de travail s'est donné un triple objectif dans l'écriture de ce document :

- Resituer les **enjeux** de l'allocation régionale des ressources dans le cadre de la réforme d'avril 1996.

2. Haut Comité de la santé publique, rapport à la Conférence nationale de santé 1997, mai 1997, Deuxième partie : allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé, p. 127-191.

- Apporter les différents **éclairages techniques** dont on dispose actuellement dans les divers champs concernés par la question posée.
- Proposer aux décideurs différentes **orientations** conduisant à des choix relevant **autant d'options politiques que de considérations techniques**.

Le plan du rapport

La rédaction du rapport final présenté ici répond à un double objectif : une **présentation synthétique et pédagogique** des travaux du groupe (dans le cadre d'un rapport principal) et la restitution intégrale des différentes investigations effectuées (rassemblées dans les annexes).

Dans le rapport principal³, on expose en trois parties les résultats essentiels auxquels le groupe est parvenu : dans un premier point, on résume **la façon dont il convient de poser la question** de la réduction des inégalités de santé par une meilleure allocation des ressources du système de soins : de quelle réduction d'inégalités peut-il s'agir et quels principes d'équité peuvent être invoqués selon la perspective retenue ? On expose ensuite les **dispositifs de péréquation** auxquels on a recouru pour les enveloppes distribuées en 1997 et 1998 et on en fait **une lecture critique** à la lumière des principes élaborés dans le premier chapitre. Le troisième point de ce rapport est consacré à la **proposition de scénarios alternatifs**.

Les diverses contributions qui ont servi à élaborer les conclusions du rapport et qui ont été effectuées essentiellement au sein de sous-groupes de travail sont rassemblées en neuf annexes présentées dans l'ordre suivant :

- Données sur les indicateurs régionaux d'état de santé et d'offre de soins.
- Définition du domaine des prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources.
- Corrélation entre indicateurs de santé concernant le thème « mère-enfant » et les indicateurs sociodémographiques des populations régionales.
- La prise en compte des états de santé et des besoins de soins des populations dans l'allocation des ressources.

3. Rapport rédigé par un groupe rassemblant autour de J.-C. Saille : É. Caniard, R. Cash, B. Garros, A. Jourdain, M. Mettendorf, D. Polton, G. de Pourville.

- Apports et limites du PMSI dans l'analyse des inégalités inter-régionales d'offre de soins.
- Expériences étrangères d'allocation des ressources et application de la formule RAWP aux prestations d'assurance maladie.
- Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en 1997 : une présentation critique.
- Détermination d'une enveloppe spécifique destinée à des actions ciblées sur des principes de santé publique.
- La généralisation de la démarche qualité, facteur de réduction des inégalités de santé.

Position du problème

Parmi les différents textes du plan de réforme de l'assurance maladie et du système de soins intervenu au cours du premier semestre de 1996, figurent deux dispositions importantes. La première prévoit que c'est désormais le Parlement qui fixe, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale « l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie » (Ondam), ce qui permet un encadrement *a priori* de l'offre globale de soins et un maintien des dépenses dans une enveloppe prédéterminée. Les ordonnances d'avril 1996 ont, par ailleurs, posé le principe d'une déclinaison régionale des objectifs de dépenses assignées à la médecine libérale et à l'hospitalisation, objectifs de dépenses dont seule la part supportée par l'assurance maladie est incluse dans l'Ondam.

D'implicite, car elle résultait jusqu'à présent, de multiples actions d'acteurs que l'on constatait *a posteriori*, la répartition des ressources financières entre les régions devient explicite et *a priori*. Il s'agit donc d'un nouveau levier d'action pour les pouvoirs publics et les caisses. Bien entendu, il n'est pas le seul qui puisse avoir un impact sur la distribution territoriale des ressources. D'autres politiques publiques y contribuent également : les politiques d'offre (carte sanitaire pour les lits et les équipements, *numerus clausus* pour les étudiants en médecine), mais aussi les politiques tarifaires (établissement de tarifs nationaux, mesures d'harmonisation des tarifs dans certains secteurs, par exemple entre cliniques

privées). Mais pour la première fois, la question se pose en termes de masses financières à répartir entre régions et en cinq enveloppes : l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée, la médecine de ville généraliste, la médecine de ville spécialisée et les institutions médico-sociales.

De quoi s'agit-il ?

Le champ couvert par l'allocation régionale des ressources⁴

Les ressources donnant lieu à répartition régionale couvrent les dépenses encadrées des hôpitaux publics et privés participant au service public (c'est-à-dire les dépenses financées par les dotations globales ou par les patients), les dépenses remboursables générées par les médecins libéraux (dépenses prises en charge par l'assurance maladie plus le ticket modérateur), certaines dépenses de l'assurance maladie relatives au secteur hospitalier privé conventionné. Les ordonnances prévoient également que les objectifs assignés à certains professionnels « prescrits » (biologistes, auxiliaires paramédicaux) puissent être déclinés par région.

Cette liste est, de fait, impressionnante : toutefois, elle exclut les dépenses de protection maternelle et infantile (la PMI), les dépenses de médecine scolaire, la médecine du travail, et d'autres actions de santé non couvertes par l'assurance maladie, quel que soit le régime. Il faut également rappeler que la majeure partie des dépenses est consacrée à la délivrance de soins curatifs, par opposition à des soins préventifs. Cette enveloppe ne couvre pas non plus les prix de journée d'hébergement ou les services sociaux à domicile qui permettent de rendre le maintien à domicile possible pour les personnes âgées et/ou handicapées.

Le renforcement de la déconcentration et du poids de la région

La loi hospitalière de juillet 1991, la loi Teulade, puis les ordonnances d'avril 1996, ont considérablement renforcé la région comme niveau de planification, de régulation financière et d'évaluation du système de soins en France. Ce secteur avait échappé au mouvement de décentralisation politique mis en marche en 1983, mais petit à petit s'est mis en place un mouvement de déconcentration administrative dont la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) est la marque la plus avancée et la plus originale : il s'agit ni plus ni moins, à la différence des

4. Voir sur ce point l'annexe III : « Définition du domaine des prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources. »

autres secteurs de l'action publique, de créer un échelon exécutif de type nouveau rendant des comptes directement au gouvernement, mais coiffant l'action des services déconcentrés de l'État en matière d'action sanitaire et sociale, et introduisant des mécanismes formels de coordination avec les organismes régionaux d'assurance maladie. Cette concentration de pouvoir a conduit, à propos des agences, à parler de création de « préfectures sanitaires », le principal caractère original de ces instances résidant dans l'instauration d'un échelon territorial spécialisé sur un domaine d'activité en référant directement au gouvernement.

Dans le même temps, les ordonnances ont prévu d'améliorer la coordination des différents régimes d'assurance maladie. Cette politique est mise en œuvre au niveau régional : là encore, il y a création d'une instance nouvelle, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), dont la mission est la coordination de la gestion du risque entre les trois grands régimes au niveau régional, mais, surtout, la régulation régionale de l'objectif d'évolution des dépenses médicales des professionnels libéraux, médecins et autres.

Pour l'hôpital comme pour la médecine de ville, les ordonnances introduisent une déclinaison régionale de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement dans le cadre de la loi sur le financement de la sécurité sociale. Pour le secteur hospitalier public, cette enveloppe régionale est opposable et fixée *a priori* : la principale mission d'une ARH est de faire en sorte que les dépenses d'hospitalisation publique de la région ne la dépassent pas. Dans le cadre des dépenses générées par les hôpitaux privés et de la médecine libérale, il existe des mécanismes d'ajustement *a posteriori*.

Y a-t-il un lien entre inégalités de santé et inégalités d'offre de soins ?

Dans ce nouveau contexte, il n'est pas surprenant que l'on s'interroge sur les fondements de l'allocation des ressources aux régions : comment s'assurer que celle-ci est équitable ? Mieux encore, ne peut-on espérer réduire les inégalités de santé importantes et persistantes que l'on observe entre régions françaises par une politique idoine de répartition interrégionale des ressources financières ? À première vue, la réponse à cette dernière question peut paraître assez simple pour un public non averti.

Un enchaînement causal simpliste

En effet, il est tentant de réunir dans un schéma causal les énoncés suivants :

- Il existe de grandes **inégalités de santé** entre les régions françaises, que ce soit en termes de mortalité générale, de mortalité prématurée, de mortalité liée à certaines causes⁵, à cet égard, on constate une opposition marquée entre les régions du Nord et celles du Sud : c'est ainsi que les hommes du Nord-Pas-de-Calais vivent cinq années de moins que ceux du Midi-Pyrénées, les femmes, trois années de moins que celles de Poitou-Charentes ;
- Il existe de grandes inégalités d'**offre de soins** entre les régions : de ce point de vue, on observe à nouveau une opposition bien dessinée entre des régions moins bien dotées, au Nord, tout au moins pour l'offre hospitalière et la médecine libérale et des régions mieux dotées, au Sud, même si l'opposition est moins bien tranchée pour d'autres éléments d'offre (par exemple le médico-social) ;
- Dès lors, ne peut-on établir un lien étroit entre état de santé et offre de soins et préconiser une répartition régionale qui rétablisse peu à peu l'égalité de la répartition des dotations des ressources entre régions, **ce qui devrait entraîner** une réduction des inégalités des états de santé ?

À la réflexion, les choses sont beaucoup moins simples que ne pourrait le laisser penser l'enchaînement qui vient d'être présenté. **Quatre éléments viennent distendre l'apparente liaison forte entre état de santé et offre de soins : le fait que la santé déborde largement les soins, l'adéquation des réponses du système de soins aux besoins de santé, son efficience, enfin l'accès aux soins des personnes en mauvaise santé.**

La santé déborde largement les soins de santé

Si l'on souhaite améliorer l'état de santé essentiellement par une meilleure répartition géographique du système de soins, encore faut-il s'inquiéter de la contribution effective de ce dernier dans l'allongement de la durée de vie et dans l'amélioration de l'état de santé des populations. Cette question est éclairée par la mise en évidence, à cet égard, du rôle très important joué par des déterminants autres que le système de soins : déterminants d'environnement (d'ordre culturel, économique et social) ; déterminants liés aux comportements et modes de vie (sédentarité, nutrition, alcoolisme, tabagisme).

5. Voir annexe II : « Les indicateurs d'état de santé et de besoins : disponibilités actuelles et souhaits de nouveaux indicateurs. »

On rappellera ici les conclusions du rapport du Haut Comité de la santé publique de 1994⁶ mettant l'accent sur le faible impact (entre 10 et 20 %) du système de soins sur la diminution de la mortalité ainsi que les thèses développées à ce sujet par un ouvrage canadien traduit en français, paru en 1996⁷.

Par ailleurs, quand on parle du système de soins, il convient de préciser la nature des activités que ce système recouvre. S'intéresse-t-on à l'ensemble des moyens et activités dont la fonction est la production de la santé, c'est-à-dire l'éducation sanitaire, la prévention, la réparation, la rééducation et la réinsertion, auquel cas, notamment par l'éducation sanitaire et la prévention, on peut agir sur certains déterminants importants de la santé ? Ou réduit-on le système de soins essentiellement aux aspects curatifs ? Dans le cadre des ordonnances de 1996, c'est plutôt la seconde conception qui prévaut.

Il n'y a donc pas de relation directe entre l'élévation des ressources sanitaires confiée à une région défavorisée en matière de santé et l'amélioration de l'état de santé qui en résulterait.

Pertinence et efficience du système de soins

La question de l'efficience revêt une importance primordiale dans l'allocation optimale des ressources et dans la réduction des inégalités interrégionales. Tout financement d'une structure ou d'un service en tout ou partie inefficent, revient à financer, à due concurrence de cette inefficience, non pas la réponse à un besoin, mais les revenus des producteurs sans contrepartie de service utile. Pour dire les choses autrement, si l'on compare deux régions ayant les mêmes besoins, bénéficiant du même volume d'offre et du même financement, on conçoit que la région où l'offre serait moins performante serait défavorisée par rapport à l'autre puisqu'elle obtiendrait une moindre réponse à ses besoins pour une dépense identique.

Cette question de l'efficience revêt de multiples facettes. Tout d'abord, un même résultat de santé peut être obtenu par des types de services différents : recours au généraliste plutôt qu'au spécialiste, à la filière ambulatoire plutôt qu'à un établissement hospitalier, au secteur public plutôt qu'au secteur privé, à un foyer-

6. Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, Annexe : travaux des groupes thématiques, Paris, La Documentation Française, 1994:461-464.

7. *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Sous la direction de Evans R.-G., Barer M.-L., Marmor T.-R., traduit par Giresse M., Montrouge, John Libbey Eurotext, 1996.

logement plutôt qu'à une maison de retraite, à des personnels ou des structures isolés les uns des autres plutôt qu'à une filière structurée ou à un réseau de soins, etc. Si l'on pousse le raisonnement jusqu'au bout, un même résultat de santé peut être obtenu, dans certains cas, par une action de prévention plutôt que par un recours ultérieur au système curatif.

En second lieu, des structures identiques peuvent avoir des performances différentes. Jusqu'à présent, la question a surtout été étudiée dans le domaine hospitalier. Pour le court séjour, le Programme médicalisé du système d'information (PMSI) fournit une première approche de l'efficacité des établissements⁸ : suite au classement des séjours dans les groupes homogènes de malades (GHM), à l'estimation des coûts de production moyens de chaque GHM, à la traduction simultanée et indépendante des soins et actes externes en points d'indice synthétique d'activité (points ISA), il est possible de comparer les coûts des points ISA entre régions ou entre établissements, ce qui constitue une certaine approche de l'efficacité (sans prise en compte, néanmoins, de la qualité de la prestation). Ce PMSI a permis de mettre en évidence un écart de 50 % de coût par séjour dans le secteur hospitalier public entre les régions, mais, surtout, un rapport de près de 1 à 3 entre l'établissement le plus cher et l'établissement le moins cher.

Si donc les réponses apportées par le système de soins ne sont pas appropriées, il n'est pas sûr qu'une dotation plus importante des régions sous-dotées par rapport à la moyenne nationale apporte une amélioration de la santé dans les régions considérées.

L'accès des populations aux soins

Même si les réponses du système de soins sont adéquates et efficaces, il convient d'examiner l'accès effectif des populations aux services offerts, ce qui suppose d'examiner plusieurs types d'accessibilité. Seule la première, l'accessibilité géographique (quelle est la distance séparant la population des services ou établissements ?) pourrait être améliorée par un surcroît d'offre de soins judicieusement situé. L'accessibilité financière, liée au montant du ticket modérateur restant à la charge du patient ou à l'avance de fonds avant remboursement, ne serait pas améliorée par une augmentation de moyens, pas plus que l'accessibilité culturelle.

8. Pour une analyse de l'apport du PMSI dans la mesure de l'efficacité hospitalière, voir annexe VI : « Apports et limites du PMSI dans l'analyse des inégalités interrégionales d'offre de soins. »

Les développements précédents ont mis en lumière les points suivants : si on ne peut nier l'existence de fortes inégalités inter-régionales devant la maladie et la mort, on est moins affirmatif sur le rôle que peut jouer le système de soins dans la réduction de ces inégalités : comme on ne connaît pas les liaisons précises entre état de santé, offre de soins et recours aux soins, il n'existe pas de formule indiscutable permettant de calculer les besoins de volume de soins et il faut être prudent sur la possibilité de réduire les écarts de santé entre régions par des allocations différentielles de ressources financières.

**Faut-il
néanmoins
prôner
le statu quo ?**

La réponse à cette question est négative pour trois raisons.

Tout d'abord, si l'on s'interroge sur le lien direct entre état de santé et offre de soins, en revanche, il est clair qu'il existe une relation non équivoque entre état de santé et besoins en soins ; si une région pâtit d'un mauvais état de santé (déterminé par ailleurs pour une bonne part), ceci donne lieu à un surcroît de maladies et de handicaps, qui exigent à leur tour une prise en charge adéquate, quantitativement et qualitativement, par le système de soins. C'est essentiellement à ce niveau que se pose la question de l'équité dans l'allocation des ressources entre régions.

En second lieu, puisque les dépenses de santé sont financées par la collectivité, on pourrait souhaiter qu'il y ait égalité de droit de tirage des populations de chaque région sur la masse des dépenses ainsi financées collectivement.

Enfin, si l'on donne de façon plus importante au système de soins des missions d'éducation, de prévention et de réponse à des objectifs de santé publique, ce système accroît son rôle dans la détermination des états de santé.

Dès lors, au nom de quels principes faut-il répartir les ressources ?

Rendue obligatoire par la loi pour les ressources allouées à l'hospitalisation publique et privée, optionnelle mais fortement souhaitée par les parties signataires de la convention dans le secteur de la médecine de ville, la déclinaison régionale des enveloppes est désormais incontournable. Dès lors, la question posée est celle de la manière de réaliser au mieux cette déclinaison. Au mieux, c'est-à-dire – même si l'objectif n'est pas aujourd'hui

explicite – en étant à la fois équitable et efficace, selon les critères généraux d'allocation des dépenses publiques.

Or, avant d'engager une réflexion technique, ce que l'on fera dans la deuxième partie de ce rapport, il est nécessaire de s'interroger sur la conception de l'équité que l'on souhaite promouvoir dans cette politique d'allocation régionale des ressources : car c'est ce premier choix qui doit dicter l'emploi des outils techniques et il faut éviter qu'à l'inverse, comme c'est parfois le cas dans des processus complexes, les arguments techniques ne prennent le pas sur les enjeux dont ils sont porteurs.

Quel est l'objectif que l'on cherche à atteindre avec la répartition des ressources financières ?

Dans un pays où le financement des soins repose sur l'assurance maladie obligatoire, le principe de justice conduit à rechercher l'égalité des prestations reçues par ceux qui ont un risque égal. Mais ce principe de justice peut trouver plusieurs traductions, comme on peut l'illustrer par quelques exemples, en allant de la conception la plus étroite à la conception la plus ambitieuse de l'équité.

**Premier
principe :
égaliser les
moyens
attribués
à chaque
région pour la
production
d'un ensemble
de soins donné**

Lorsqu'un Lorrain se fait opérer de l'appendicite dans sa région, l'assurance maladie paye en moyenne 8 500 F. Lorsqu'un habitant du Nord-Pas-de-Calais subit cette même intervention, cette fois l'assurance maladie débourse, toujours en moyenne, 10 000 F⁹.

Cette situation est-elle équitable ? Non, car cela signifie qu'un Lorrain, lorsqu'il subit la même intervention chirurgicale, aura moins de personnel soignant, de temps de chirurgien, etc. qu'un habitant du Nord-Pas-de-Calais.

Face à cette situation, que faire en termes d'allocation de ressources ?

Idéalement, il faudrait savoir quel est le juste prix à payer, dans l'absolu, pour une appendicite, et donc avoir un jugement sur la signification des écarts que l'on observe. Le prix le plus bas correspond-il à des moyens suffisants, et devrait-il être la référence pour toutes les régions ? Ou, au contraire, correspond-il à un rationnement par rapport à ce que devraient être les moyens en temps

9. En fait, ces chiffres ne concernent que le secteur hospitalier public, les données sur l'hospitalisation privée n'étant pas disponibles. Ils sont donnés de toutes façons uniquement à titre d'illustration.

médical, paramédical, en équipements, etc. pour réaliser cette intervention ?

Mais l'on ne sait pas répondre à cette question. De manière plus générale, on ne sait jamais dire quel est le bon niveau absolu : pas seulement pour ce qui concerne le prix de l'appendicectomie, mais aussi bien le nombre d'interventions nécessaires, le nombre de médecins nécessaires, etc.

La seule solution est de faire de la moyenne une norme : à défaut de savoir si les Lorrains sont défavorisés ou si les habitants du Nord-Pas-de-Calais sont favorisés (par rapport à une situation théorique optimale), on réduira l'écart qui les sépare en faisant converger leurs situations vers la moyenne. C'est ce principe qui est sous-jacent à tous les dispositifs de péréquation, quelle que soit par ailleurs la conception de l'équité que l'on adopte.

En l'occurrence, si l'on retient ce premier indicateur d'équité, on réallouera des ressources du Nord-Pas-de-Calais vers la Lorraine, l'objectif étant d'harmoniser les coûts de revient, c'est-à-dire les productivités régionales. Ceci suppose, bien sûr, que l'on ait une certaine confiance dans les calculs de coût de revient, donc dans les modèles de comptabilité analytique.

De manière opérationnelle, un indicateur traduisant ce principe d'équité (égalisation des productivités régionales) existe pour l'hospitalisation (publique et bientôt privée), mais n'existe pas en médecine de ville.

**Deuxième
principe :
égaliser les
consomma-
tions moyennes
ou les dépenses
moyennes
à besoin égal**

Reprenons l'exemple de la comparaison entre la Lorraine et le Nord-Pas-de-Calais et supposons que l'on s'intéresse non seulement aux moyens alloués lorsque l'on pratique une appendicectomie, mais aussi au nombre d'appendicectomies dont « bénéficient » les habitants de ces deux régions.

Supposons qu'à l'issue de cette observation, on constate en Lorraine (cet exemple est purement théorique car les données n'existent pas aujourd'hui¹⁰) un taux d'appendicectomie de 30 % supérieur à celui du Nord-Pas-de-Calais.

Cet écart est-il justifié, ou bien constitue-t-il une iniquité à corriger ?

10. Néanmoins, même si ces chiffres sont théoriques pour l'appendicectomie, ils correspondent bien au sens des écarts entre les deux régions, qui s'inversent selon que l'on retient le critère de productivité (valeur du point ISA) ou de « besoin » (en l'occurrence le nombre d'hospitalisations effectives comparé au nombre d'hospitalisations théoriques, selon le critère utilisé par la Direction des hôpitaux).

Pour le dire, il convient de corriger cette donnée brute en tenant compte d'éventuelles différences épidémiologiques qui pourraient expliquer cet écart. On cherchera donc à évaluer les différences de risque d'atteinte, ou autrement dit, de besoin de soin, entre les deux régions, pour raisonner à risque égal.

Cette étape est complexe méthodologiquement et nous y reviendrons plus loin. Mais, dans un premier temps, pour les besoins de la démonstration, supposons que l'on arrive parfaitement à éliminer les différences de risque/besoin entre les deux régions et qu'à l'issue de cette analyse, on trouve malgré tout le même écart de 30 % en faveur de la Lorraine. On est dès lors conduit, en termes d'équité, à la conclusion inverse à laquelle menait l'indicateur de productivité : les Lorrains apparaissent favorisés par rapport aux habitants du Nord-Pas-de-Calais, tout au moins au regard de l'accès à des fonds collectifs : en effet, cotisant de la même manière, ils « profitent » davantage des remboursements de l'assurance maladie.

En fait, là encore, on est conduit à s'interroger sur la signification des écarts : opère-t-on trop en Lorraine ou pas assez dans le Nord ?

Comme dans le cas précédent, cette question est essentielle pour l'action à mener. Si le taux « normal » d'appendicectomie est celui du Nord-Pas-de-Calais, alors les habitants de cette région ne subissent pas de désavantage : le problème n'est pas un problème d'équité, mais d'efficacité (on gaspille des ressources en Lorraine). Redéployer des moyens de la Lorraine au Nord-Pas-de-Calais ne fait, dans ces conditions, que répartir ce gaspillage.

C'est pourtant la seule action possible, faute, là encore, de pouvoir porter un jugement en valeur absolue sur le nombre nécessaire d'appendicectomies à risque égal.

Concrètement, on ne dispose pas d'indicateurs synthétiques de « volumes moyens de consommation par habitant » qui permettraient de mettre en pratique le principe d'équité décrit ici en l'étendant à l'ensemble des soins.

On dispose en revanche d'indicateurs de dépenses moyennes par habitant, qui résument les deux éléments analysés ci-dessus : le coût unitaire des soins, d'une part, le volume des soins, d'autre part.

Si l'on poursuit l'exemple précédent, la Lorraine « consomme » 30 % de plus d'appendicectomies que le Nord, l'appendicectomie y vaut 15 % de moins : au total, la dépense moyenne par personne, à risque égal, est donc supérieure de 15 % (environ) en Lorraine.

Cette mesure d'inégalité qu'est la dépense moyenne par personne, corrigée des écarts de besoin (et qui, dans l'exemple choisi, se réfère à un traitement chirurgical particulier, mais peut aussi s'apprécier plus globalement), traduit un principe d'équité qui est : « à besoin égal, chacun a droit au même montant de dépenses », du moins sur une échelle populationnelle. Ce deuxième principe d'équité peut satisfaire le premier critère développé plus haut si on le traduit ainsi : à besoin égal, volume de traitement égal et coût unitaire des traitements égal. L'objectif est donc d'égaliser les « droits de tirage » sur l'assurance maladie des populations des différentes régions.

La mise en application de ce principe suppose, on l'a dit, d'éliminer les différences de risque (besoin), qui sont source d'écarts justifiés : les écarts qui subsistent ensuite peuvent, eux, s'analyser comme des iniquités.

Comment mesurer les besoins ?

Puisqu'il s'agit de raisonner « à besoin de soins égal », il importe de mesurer les besoins de soins, ce qui soulève des difficultés conceptuelles et méthodologiques majeures¹¹ :

- Sans doute ces besoins sont-ils fonction de la taille de la population ;
- Mais le nombre de personnes doit être pondéré par leur âge : on sait que la probabilité de maladie croît avec l'âge, et il est normal que les personnes âgées aient besoin de plus de soins et occasionnent plus de dépenses que des individus jeunes. De la même manière, au plan régional, il est normal que des régions vieilles (Limousin, Provence-Alpes-Côte-d'Azur) aient des dépenses moyennes plus élevées que des régions jeunes telles que le Nord-Pas-de-Calais. Cette correction par l'âge est effectuée couramment et il faut rappeler l'ampleur des écarts qu'elle permet d'expliquer. Si l'on prend par exemple les deux régions Paca et le Nord-Pas-de-Calais, les seuls écarts de structure démographique entre ces régions justifieraient que la région Paca dépense 10 % de plus en moyenne par habitant que la région Nord-Pas-de-Calais. Or, aujourd'hui, la dépense moyenne par habitant est supérieure de 50 % ; il reste donc environ 40 % d'écarts non justifiés ;

11. Voir sur ce point l'annexe V : « La prise en compte des états de santé et des besoins de soins des populations dans l'allocation des ressources. »

- Mais l'âge suffit-il à rendre compte des écarts de besoin ? Certainement pas : on sait qu'il existe sur le territoire des spécificités épidémiologiques, des différences dans la prévalence de telle ou telle pathologie, indépendamment de l'âge. Rendre compte de ces écarts et de leur impact sur le recours aux soins et les dépenses qui lui sont associées est complexe. On peut proposer un certain nombre d'indicateurs pour les approcher : la mortalité générale, la mortalité prématurée (avant 65 ans), la mortalité évitable, la mortalité évitable imputable au système de soins ;
- S'il est vrai que la vulnérabilité de la population aux états morbides est liée à des composantes sociologiques et économiques, on peut envisager d'introduire des indicateurs de vulnérabilité relevant de ces domaines (par exemple le pourcentage de la population bénéficiant des minima sociaux ou le pourcentage de personnes âgées vivant seules).

En tout état de cause, la pierre philosophale n'a pas été trouvée dans ce domaine de la mesure des besoins de soins : il faut donc arbitrer entre indicateurs imparfaits.

**Troisième
principe :
réduire
les inégalités
d'état de santé**

Plus ambitieux que de tendre vers une égalité des moyens est l'objectif de tendre vers une égalité des résultats finaux, c'est-à-dire un rapprochement des niveaux de santé des populations régionales – dont on sait qu'ils sont fortement inégaux.

On a vu précédemment que, si le système de soins agit sur l'état de santé à la fois par sa dimension curative et par sa dimension préventive, de nombreux autres déterminants interviennent en amont.

Or, les enveloppes qu'il s'agit de répartir géographiquement sont celles qui financent l'offre de soins. Peut-on dès lors faire en sorte que cette répartition financière contribue à l'objectif recherché ? Peut-on penser par exemple que le rapprochement des dépenses moyennes, évoqué ci-dessus, est un facteur d'homogénéisation des états de santé ?

À cette question, force est de répondre que ce n'est pas certain. D'une part, dans un système de soins globalement bien pourvu au plan national, un niveau d'offre plus faible que la moyenne n'est pas forcément synonyme de pénurie ou de rationnement, que des financements supplémentaires permettraient de corriger. D'autre part et surtout, un dispositif d'allocation très indifférenciée au niveau régional, telle que la gestion actuelle des enveloppes et

de leur déclinaison, n'assure en rien que les sommes supplémentaires allouées soient ciblées sur des problèmes ou sur des populations qui sont effectivement à la source des inégalités régionales moyennes. Car on sait que les inégalités interrégionales recouvrent des inégalités intrarégionales encore plus importantes.

L'harmonisation des dépenses de santé par habitant par le biais de la répartition des enveloppes ne peut donc à elle seule contribuer à coup sûr à l'objectif d'harmonisation de l'état de santé. En tout état de cause, elle ne peut le faire que si elle est accompagnée d'une politique régionale poursuivant le même objectif et ciblant l'emploi des ressources supplémentaires dans les régions défavorisées ou, *a contrario*, décidant des restrictions dans les régions surdotées.

Si la réduction des inégalités d'état de santé est l'objectif majeur retenu, alors il convient de s'interroger, soit sur les mesures d'accompagnement d'une politique de répartition d'enveloppes financières, qui, clairement, ne suffit pas et n'a peut-être même pas d'impact à elle seule, soit sur un scénario alternatif à cette déclinaison d'enveloppes, orienté vers des politiques plus ciblées.

Conclusion

L'objectif de cette première partie était de situer la question de l'allocation régionale des ressources du système de soins telle qu'elle est proposée actuellement, par rapport aux différents critères d'équité pouvant être retenus.

Étant donné le champ couvert par cette allocation régionale, à savoir les dépenses de l'assurance maladie finançant les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social, le principe de justice sous-tendant la démarche politique entreprise peut s'exprimer ainsi : **à besoins de soins égaux, prestations égales**. On peut parler en quelque sorte d'**égalité des citoyens face à l'assurance maladie**. Ce principe a tout son sens et sa légitimité dans un système d'assurance obligatoire auquel tout le monde contribue selon les mêmes règles d'un bout à l'autre du territoire. Néanmoins, la mise en œuvre de ce principe soulève un certain nombre de questions qui mobilisent l'expertise technique, mais qui relèvent d'arbitrages politiques. On les exposera dans la deuxième partie de ce rapport, après avoir rappelé les dispositions de répartition adoptées jusqu'à présent.

Si le principe de justice recherché est celui de la réduction des inégalités des citoyens devant la maladie et la mort, alors la

répartition régionale des enveloppes de médecine de ville et d'hospitalisation n'est certainement pas de nature à assurer la réalisation d'un tel objectif. On a montré, en effet, l'absence de lien étroit entre état de santé, offre de soins et accès aux soins et il convient de ne pas prêter à la réforme en cours des objectifs qu'elle ne peut atteindre. Certainement pas seule, en tout cas. Il faudrait, au minimum, **les compléter**. Peut-être même des scénarios alternatifs seraient plus efficaces. Des propositions en ce sens seront exposées dans la troisième partie du rapport.

La clarification des objectifs visés et des critères d'équité retenus apparaît, en tout cas, un préalable aux choix techniques qui peuvent être faits.

Les dispositifs actuels d'allocation régionale des ressources

Afin d'effectuer un exposé critique de ces dispositifs, on présentera tout d'abord les textes contenus dans le Code de la sécurité sociale ainsi que les modalités d'allocation arrêtées pour calculer les diverses enveloppes régionales en 1997 et 1998 ; on reviendra ensuite sur la logique sous-tendue par ces dispositions et sur les conséquences des modalités de péréquation retenues.

Ce que prévoient les textes

L'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté chaque année par le Parlement, est réparti par le gouvernement en cinq enveloppes, de manière à financer les différents secteurs d'activités pris en charge par l'assurance maladie.

Pour les établissements de santé financés par dotation globale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent les dotations qui ont un caractère limitatif¹² (ce qui signifie que le montant des dépenses autorisées constitue un plafond défini *ex ante*).

Pour les cliniques privées, un accord annuel tripartite (État, assurance maladie, fédérations de l'hospitalisation privée) fixe la répar-

12. Article L. 174-1-1 du Code de la sécurité sociale.

tition, en montants régionaux, du montant total annuel arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale¹³. Un mécanisme de régulation prévoit qu'en cas de différences entre l'objectif assigné et le montant réalisé, une correction nationale des tarifs des cliniques privées est opérée l'année suivante, à due concurrence de l'écart constaté.

Pour ces deux types d'établissement, la loi prévoit une résorption progressive des inégalités tenant compte des critères suivants :

- les besoins de la population,
- les orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire,
- les priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire,
- les informations sur l'activité et les coûts des établissements¹⁴.

Pour les dépenses médicales, tant des généralistes que des spécialistes, ce sont les conventions médicales, résultant d'un accord entre les syndicats de médecins et les caisses d'assurance maladie qui déterminent le taux d'évolution des dépenses de chaque région¹⁵. L'annexe conventionnelle peut prévoir l'adaptation, par spécialités médicales ou par zones géographiques, des dispositions qu'elle arrête.

Les dispositifs arrêtés en 1997 et 1998

Une description détaillée de ces dispositifs est fournie en annexe VIII. On se contente ici d'en donner un aperçu suggestif concernant essentiellement la détermination des enveloppes de dotation globale et de dépenses médicales pour les deux années 1997 et 1998. On dira quelques mots du début de régionalisation tout à fait marginale entrepris en 1998 pour les cliniques privées. Aucune disposition n'a encore été prise pour le secteur médico-social.

13. Article L. 162-22-24 du Code de la sécurité sociale.

14. Selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du Code de la santé publique.

15. Article L. 162-5-2 du Code de la sécurité sociale.

Les dotations régionales pour le secteur hospitalier public et PSPH

La démarche générale peut être résumée ainsi : a) à l'aide de deux critères, de besoin et de productivité ; b) on se donne une cible de dotation régionale à atteindre ; c) l'écart à la cible fait l'objet d'une correction annuelle en fonction d'un horizon temporel retenu conventionnellement et d'une décision du gouvernement.

Les indicateurs de mesure des inégalités

Deux indicateurs ont été utilisés : le premier est un indicateur de « besoin » : la population hospitalisable dans le secteur public (il s'agit donc d'un indicateur de « besoin » déterminé en partie par l'offre !). Le principe du recours à cet indicateur revient à donner à chaque région, compte tenu de sa structure d'âge et de son recours à ce type d'hospitalisation, le même droit de tirage théorique sur l'enveloppe de dotation globale hospitalière que celui observé au niveau national.

Le second indicateur, dit d'efficience ou de productivité, tient compte de l'activité et des coûts des établissements tels que permet de les approcher le PMSI : il rapporte la somme des budgets des disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de plus de 100 lits de la région considérée à sa production sanitaire (MCO) mesurée en nombre de points ISA (indice synthétique d'activité).

La détermination des dotations-cibles

L'écart observé par rapport à la moyenne nationale des deux indicateurs retenus permet de positionner chaque région et de décrire sa situation en termes de sur- ou sous-dotation relative.

Le calcul des dotations régionales cibles s'effectue ainsi :

- pour les activités MCO, qui représentent près de 60 % des dépenses de l'enveloppe, les deux indicateurs sont utilisés, chacun d'eux déterminant la moitié de la dotation,
- pour les activités non MCO, seul le critère de la population hospitalisable dans le secteur public est utilisé.

La détermination de l'effort de péréquation

Une fois fixées les dotations régionales cibles, il convient de se donner l'horizon temporel permettant d'effectuer la correction souhaitée des inégalités. Des hypothèses concernant cet horizon temporel ont été avancées, de l'ordre d'une vingtaine d'années.

Au total, la détermination de l'effort de péréquation fait l'objet d'une décision au niveau national tenant compte du taux d'évolution de la dotation hospitalière, elle-même dépendant de l'Ondam, de la durée souhaitée pour atteindre la cible et d'une évolution minimale fixée *a priori*, pour les régions les plus dotées.

Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales par région

Ces objectifs concernent les dépenses remboursables des risques maladie, maternité et accidents du travail (à l'exclusion des rentes d'accident du travail et des indemnités journalières) pour l'ensemble des honoraires¹⁶ et des prescriptions de chacune des catégories de médecins concernés : omnipraticiens et spécialistes.

Pour chaque région, on calcule tout d'abord, pour l'année considérée, la population potentiellement consommatrice du secteur libéral : il s'agit de la population résidente pondérée par la structure par âge¹⁷ et par le taux de recours aux médecins libéraux dans l'ensemble de l'activité ambulatoire.

Pour les généralistes et les spécialistes, on divise le montant des dépenses de chaque région par la population potentiellement consommatrice, ce qui permet d'obtenir un montant de consommation unitaire. La comparaison de ces montants unitaires régionaux avec la médiane nationale fournit une mesure des écarts interrégionaux.

Pour obtenir les objectifs de consommation unitaire moyenne de chaque région que l'on se donne, on fait en sorte que l'écart par rapport à la médiane soit réduit d'un certain taux. Pour 1997, ce taux a été fixé à 5 %.

La correction des inégalités de dotations entre régions pour l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées

Les dépenses d'assurance maladie relatives aux cliniques sont encadrées par un OQN depuis 1992.

Le dispositif assignant un objectif quantifié régional opposable aux établissements privés pose de nombreuses difficultés tant au regard du droit que des systèmes d'information.

En 1998, et à titre provisoire, il a été décidé de ne pas remettre en cause le mécanisme de régulation nationale. Sur les quelque 38,4 Mrd F de l'objectif national, tout au plus a-t-on distrait 133 MF pour financer régionalement les contrats d'objectifs et de moyens et 57 MF au titre de la prise en compte des données du PMSI.

16. Puisque ces mesures d'objectifs prévisionnels d'évolution visent les **dépenses remboursées** par l'assurance maladie, elles ne touchent qu'une partie des revenus des médecins : échappent à ces dispositifs les honoraires du secteur 2 ; à cet égard, les spécialistes ne sont pas dans la même situation que les omnipraticiens puisqu'ils sont plus nombreux à être en secteur 2.

17. Les coefficients de pondération (obtenus à partir de la demande de soins ambulatoires observés dans un échantillon national d'une population rattachée au régime général) sont les suivants : 0,4 pour la classe d'âge 0-19 ans ; 0,9 pour la classe 20-59 ans ; 2 pour les plus de 59 ans.

Les résultats des déclinaisons régionales opérées en 1997 et 1998

Ces résultats sont résumés dans le tableau I ci-après.

Tableau I
Résultats des évolutions de dépenses décidées en 1997 et 1998
pour les enveloppes soumises à redistribution régionale

	Dépenses médicales Omnipraticiens			Dépenses médicales Spécialistes			Dotations régionales Éts publics et PSPH		OQN Clin. privées
	Dép. /pers. 1997 (F)	Évolution 1997/1996 (%)	Évolution 1998/1997 (%)	Dép. /pers. 1997 (F)	Évolution 1997/1996 (%)	Évolution 1998/1997 (%)	Évolution 1997/1996 (%)	Évolution 1998/1997 (%)	Évolution 1998/1997 ¹ (%)
Alsace	3 093	1,97	1,75	1 447	1,25	1,48	0,72	1,83	
Aquitaine	3 493	1,35	1,75	1 457	1,04	2,97	0,44	1,58	
Auvergne	3 302	1,34	1,75	1 210	1,43	2,08	0,75	1,64	
Basse-Normandie	3 067	1,83	1,75	1 044	1,96	2,55	1,12	1,94	
Bourgogne	3 063	1,64	1,75	1 368	1,22	1,48	1,83	1,99	
Bretagne	3 359	1,58	1,75	1 339	1,44	1,59	1,03	1,59	
Centre	3 231	1,65	1,75	1 369	1,32	1,43	1,75	1,93	
Champagne-Ardenne	3 267	1,47	1,75	1 354	1,23	1,43	1,14	1,62	
Corse	3 736	1,41	1,75	2 201	0,56	1,48	0,34	0,35	
Franche-Comté	2 999	1,89	1,75	1 242	1,63	1,48	1,39	2,19	
Haute-Normandie	3 335	1,53	1,75	1 324	1,39	1,48	1,25	1,74	
Île-de-France	2 937	1,79	1,75	1 806	0,59	1,48	- 0,81	0,35	
Languedoc-Roussillon	3 653	1,46	1,85	1 684	0,99	1,69	0,19	1,48	
Limousin	3 705	0,96	1,75	1 152	1,52	1,48	0,54	1,88	
Lorraine	3 461	1,31	1,75	1 389	1,12	1,48	0,93	1,57	
Midi-Pyrénées	3 647	1,16	1,75	1 584	0,79	1,50	0,09	0,97	
Nord-Pas-de-Calais	4 028	0,94	1,75	1 173	1,51	1,59	1,43	2,06	
Pays de Loire	3 179	1,87	1,75	1 204	1,81	1,43	0,84	1,99	
Picardie	3 674	1,26	1,75	1 192	1,61	2,17	1,77	2,30	
Poitou-Charentes	3 470	1,46	1,75	1 170	1,73	1,43	1,83	2,55	
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	3 778	1,24	1,75	2 082	0,49	1,43	- 0,04	1,27	
Rhône-Alpes	2 845	2,11	1,75	1 455	1,27	1,43	0,68	1,76	
Médiane	3 347			1 361					
Moyenne		1,5	1,8		1,1	1,6	0,47	1,41	

1. En 1998, il n'y a pas d'objectif quantifié régional. Seulement 190 MF sur 38,4 Mrd F ont été répartis régionalement.

En 1997, les taux d'évolution chez les généralistes oscillent entre + 0,94 % (Nord-Pas-de-Calais) et + 2,11 % (Rhône-Alpes). Néanmoins, après application de ces taux différenciés, les montants moyens de consommation unitaire varient encore entre ces deux régions de 4 028 F à 2 845 F (médiane à 3 347 F). En 1998, on a décidé d'une quasi-uniformité des taux sauf pour le Languedoc-Roussillon.

En 1997, les taux d'évolution chez les spécialistes oscillent entre + 0,49 % (région Paca) et + 1,96 % (Basse-Normandie), les montants moyens variant entre ces deux régions, de 1 044 F à 2 082 F (médiane à 1 361 F) après application de la méthode de réduction.

tion des écarts. En 1998, ces mêmes taux oscillent entre + 1,43 % (dans 6 régions) et + 2,97 % (Aquitaine).

Pour ce qui est des dotations aux établissements publics et PSPH, les taux d'évolution ont oscillé de - 0,81 % (Île-de-France) à + 1,83 % (Bourgogne et Poitou-Charentes), en 1997, de + 0,35 % (Île-de-France et Corse) à + 2,55 % (Poitou-Charentes), en 1998.

Essai de lecture critique de ces dispositifs

L'analyse des dispositifs qui viennent d'être présentés appelle plusieurs types de réflexions, critiques ou interrogations. Les premières concernent le contexte dans lequel ils s'inscrivent, les secondes ont trait aux modalités pratiques de péréquation retenues.

Le contexte dans lequel s'inscrivent ces dispositifs

Quatre thèmes seront abordés à cet égard : la nature des objectifs poursuivis, le degré de régionalisation, l'insertion de ces dispositifs dans un ensemble plus large, la séparation entre secteurs.

L'objectif d'équité privilegié

La délimitation du champ des dépenses de santé couvert par le dispositif de péréquation mis en place aux seules dépenses remboursées par l'assurance maladie conduit le système de réallocation adopté à réduire essentiellement les inégalités d'offre de soins. Au regard des trois principes d'équité présentés précédemment, il s'agit donc de satisfaire principalement au **deuxième objectif exposé : égaliser les consommations moyennes ou les dépenses moyennes à besoin égal**. L'objectif d'égalisation des productivités n'est que **partiellement** pris en compte (seulement dans la détermination des enveloppes MCO de l'hospitalisation publique et PSPH).

La question se pose donc du lien entre la satisfaction de l'objectif de réduction des inégalités d'offre, que l'on pourrait appeler l'objectif de second rang, et la validation de l'objectif de réduction des inégalités de santé.

L'absence d'une véritable régionalisation

Au début de ce rapport, on a souligné que la réforme de 1996 accentue le poids de la région dans la gestion du système de soins. Cette évolution consacre un mouvement qui était à l'œuvre

depuis quelques années avec le renforcement du rôle régional en matière d'élaboration de schémas régionaux, d'allocation de ressources aux établissements. La création des agences régionales de l'hospitalisation, des unions régionales des caisses d'assurance maladie, des conférences régionales de santé accentue ce mouvement vers une appréhension de plus en plus régionalisée de la politique sanitaire.

Certes, les ordonnances de 1996 ont jeté des passerelles entre les différents segments de l'activité sanitaire, d'une part, et les différentes institutions en charge de la santé dans la région, d'autre part ; ces liens ont été noués autant que le permettait la non-remise en cause des fondements du système de financement de l'assurance maladie. Mais il n'existe à ce jour ni de lieu unique de définition de la politique régionale de santé, ni d'instance unique en charge de la mise en œuvre de cette politique. Les conférences régionales de santé énoncent des priorités de santé qui s'ajoutent tant aux priorités définies par la conférence nationale et reprises par le Parlement qu'aux priorités gouvernementales affectant tel ou tel domaine de la santé publique ou de l'organisation des soins. De même, les instances au niveau régional en charge de la mise en œuvre de la politique de santé sont nombreuses : les ARH, les services déconcentrés de l'État, les caisses d'assurance maladie, les Urcam... Ainsi, les objectifs et les modalités de la mise en œuvre de la politique de réduction des inégalités de santé sont-ils relayés par les différentes institutions intervenant chacune dans leur propre champ de compétence et soumises à des modalités spécifiques de régulation. Il existe bien une décentralisation de la gestion, mais qui reste fragmentée. Il n'y a pas de pilotage régional unique.

**La multiplicité
des outils
de répartition
inter et
intrarégionale
des ressources**

Les enveloppes de dépenses ne constituent qu'un des instruments de cette répartition : l'objectif d'une distribution équitable de moyens entre les régions à l'intérieur des réformes et entre les établissements est poursuivi par d'autres voies :

La gestion des professionnels

En fait, il n'existe pas de politique explicite de répartition régionale des professionnels en fonction des besoins de soins des régions, alors que l'on sait qu'il existe des disparités importantes de densité d'effectifs médicaux et paramédicaux entre les régions, et au sein même d'une région. Si l'on se limite aux seuls médecins, on peut même dire que la régulation de la démographie médicale ne tient compte que bien imparfaitement des besoins de

santé de la population. Le *numerus clausus* a été introduit plus dans une logique de contrôle macroéconomique de l'offre à des fins de maîtrise des dépenses qu'en fonction d'un constat d'un « surplus » faisant suite à une « pénurie ». Alors qu'il existe de nombreux indices d'une inadéquation entre les flux de formation par spécialité et les besoins de la population (pénurie d'anesthésistes, d'obstétriciens, de chirurgiens, surplus de cardiologues, de dermatologues...), les représentants professionnels ont toujours combattu vigoureusement toute restriction de la liberté pour un étudiant en médecine de choisir sa spécialité. Le nombre de postes d'internes et la répartition de ceux-ci entre différents hôpitaux et services se font en fonction des besoins des structures et des équilibres de pouvoir du passé plus qu'en fonction des besoins de la population. Le statut uniforme de la fonction médicale à l'hôpital public ne facilite pas la mise en place de politiques incitatives par le biais de la modulation des rémunérations, de façon à attirer des jeunes étudiants vers les spécialités délaissées car trop exigeantes en matière de condition de travail (poids des gardes notamment, et responsabilité vis-à-vis de l'urgence). Enfin, chaque médecin a encore une liberté totale d'installation en tout point du territoire.

La carte sanitaire

Depuis 1970, la mise en place d'une carte sanitaire vise un objectif de répartition équilibrée des moyens sur le territoire. La carte sanitaire concerne des installations (lits, places), les équipements matériels lourds (IRM, scanners, appareils de CEC...) et les activités de soins dont la liste est fixée par le Code de la santé publique.

La carte est un indice (par exemple, nombre de lits/millier d'habitants...) appliqué à un territoire considéré comme pertinent pour réaliser cette répartition (secteur sanitaire, région, territoire national). Ainsi, progressivement par la réduction des excédents dans certaines zones et par la délivrance d'autorisations nouvelles dans les zones sanitaires déficitaires s'opère un rééquilibrage régional. L'ajustement est assez lent et la fixation de certains indices en fourchettes laissant un certain pouvoir d'appréciation régionale conduit à la persistance d'inégalités entre régions.

L'ajustement économique engagé par la péréquation des ressources financières entre les régions peut s'avérer, à terme, être plus rapide et plus important que l'ajustement réalisé par les moyens autorisés. Dans tous les cas, il n'existe pas de relation entre les deux systèmes d'allocation de moyens.

La répartition intrarégionale

L'égalité d'accès aux soins hospitaliers :

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) créés par la loi hospitalière du 31 décembre 1991 déterminent, au plan régional, la répartition géographique des installations, équipements, matériels lourds et activités de soins permettant d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Cette répartition géographique a pour objet d'améliorer l'égalité d'accès de la population aux soins hospitaliers. L'élaboration des schémas repose sur une analyse des besoins et de leur évolution ainsi que sur une appréciation quantitative et qualitative de l'offre de soins. Ces travaux, notamment à partir de courbes isochrones, conduisent à définir des référentiels relatifs à la répartition spatiale des activités hospitalières.

Le projet d'activités soumises à autorisation doit être compatible avec le schéma régional d'organisation sanitaire. C'est donc par la réponse donnée aux demandes de création, extension, transformation, regroupement, conversion des hôpitaux ou des cliniques que se met en œuvre le Sros. Les Sros seront prochainement révisés ; le bilan des premiers Sros montre que, si les ajustements sont lents et fortement déterminés par le rythme des autorisations nouvelles, le schéma régional joue un rôle majeur d'orientation du système de soins hospitaliers.

La correction des inégalités de dotations sanitaires entre établissements

Les agences régionales de l'hospitalisation disposent aujourd'hui, du moins pour les établissements publics, d'outils et de méthodes de correction des inégalités de dotation entre établissements d'une même région. Les simulations budgétaires PMSI par établissement permettent de déterminer les sur- ou sous-dotations relatives, mais également d'analyser l'activité médicale par praticien ou discipline.

La grille de coûts par unité d'œuvre et le calcul de l'activité par GHM permettent, en les rapportant au budget MCO de chaque établissement, de calculer un budget théorique. Celui-ci, comparé avec les précautions d'usage au budget réel, indique sans conteste les établissements qui sont sur- ou sous-dotés. Toutefois, les résultats obtenus ne peuvent faire l'objet d'une application mécanique, ni d'un prolongement de l'analyse par service ou activité. Pour corriger les inégalités, cette analyse réalisée sur la base du PMSI doit être prolongée par des études de performances, voire des

audits, afin de déterminer les différents champs sur lesquels porteront les corrections éventuelles de base budgétaire.

De nouvelles pistes sont ouvertes à partir de l'exploitation du PMSI. Les analyses d'activités, à partir d'une première approche des GHM par service, par médecin ou par discipline, constituent des approches nouvelles de l'efficience des structures qui peuvent déboucher rapidement sur des évaluations de programme.

Depuis les ordonnances de 1996, les contrats d'objectifs et de moyens sont venus conforter cette politique de correction des inégalités en permettant aux établissements de santé et aux agences régionales de l'hospitalisation de prévoir, de manière pluriannuelle, les adaptations nécessaires et les conséquences nécessaires en termes d'allocation de ressources.

La prise en compte des flux interrégionaux

Tous les patients d'une région ne se font pas soigner dans leur région de résidence. Ceci est déjà vrai pour l'ensemble des soins¹⁸ ; c'est encore plus vrai pour certaines activités très spécialisées¹⁹. Il convient d'en tenir compte dans la répartition des ressources.

Depuis 1998, la dotation-cible de la région est corrigée d'un montant en francs correspondant aux flux de patients entre les régions. Ce montant est calculé à partir d'une matrice import-export selon une méthode développée par la Cnamts (modèle Pampers).

L'objectif de cette correction est de conduire les régions à ne pas rechercher l'autosuffisance régionale totale en matière d'offre de soins, mais à comprendre l'origine des flux de patients et à tenter, pour une part, d'y remédier. Toutefois, trois motifs justifient, à terme, la persistance de flux de patients entre les régions et par

18. Selon une étude de la Cnamts (« Les établissements hospitaliers en budget global, aspects régionaux de l'activité pour les disciplines de spécialités coûteuses et de moyen séjour », Cnamts, Dossier *Études et Statistiques*, n° 30, juillet 1995), les taux de flux interrégionaux intervenant entre établissements hospitaliers en budget global ont été calculés pour la médecine (taux de flux global : 6,4 %), pour la chirurgie (7,8 %), pour les spécialités coûteuses (11,2 %), pour la psychiatrie (5 %), pour le moyen séjour (13,7 %) et pour l'ensemble des disciplines (6,9 %). Entre régions, les taux diffèrent fortement. Ainsi, pour l'ensemble des disciplines, la région de Montpellier a un taux de fuite de 8,5 % et un taux d'attraction de 14,1 % ; la région de Dijon a un taux de fuite de 10,5 % et un taux d'attraction de 5,2 %.

19. Ainsi, pour ce qui est de la chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle (CEC), une enquête (« Activités des unités de chirurgie cardiaque française en 1994 », direction des Hôpitaux, Cnamts, Groupe Image, août 1996) fait état d'un taux interrégional de fuite de 17,2 %, très variable selon les régions (année 1994) : 100 % en Corse, 83,3 % en Poitou-Charentes, 64,7 % en Picardie, 52,2 % en région Centre, 5 % en Paca et Nord-Pas-de-Calais, 2,45 % en Alsace, 1,7 % en Rhône-Alpes, et 1,3 % en Île-de-France.

conséquent leur prise en compte dans un modèle d'allocation régionale de ressources : il existe des activités médicales qu'il convient d'organiser au niveau national (schémas nationaux d'organisation sanitaire) ; la région administrative est différente de la notion de région géographique et de bassins de vie des populations ; le rythme de « rattrapage » des régions en retard détermine une période durant laquelle les patients continueront à aller se faire soigner dans une autre région.

La fragmentation des dispositifs

La déclinaison par enveloppes de l'allocation régionale de ressources reflète les différences observées dans la régulation des grands secteurs de la santé. C'est ainsi que les modalités de la répartition régionale sont arrêtées par des instances différentes selon les secteurs considérés : les ministres de la santé et de la sécurité sociale pour les dotations des établissements publics ; l'État, l'assurance maladie et les fédérations de l'hospitalisation privée pour les dépenses des cliniques privées ; les conventions entre syndicats de médecins et les caisses d'assurance maladie pour les dépenses médicales. Ainsi, pour les trois enveloppes principales, diffèrent tant les modes de régulation que les critères de détermination et le caractère opposable des montants régionaux accordés.

Cette situation aboutit à un cloisonnement entre les secteurs qui apparaît préjudiciable à une optimisation du système de soins, alors même que : des transferts nombreux s'opèrent entre ces secteurs ; selon les régions, des équilibres différents s'instaurent dans le partage des rôles ; certains praticiens ont des activités dans plusieurs secteurs ; les gains d'efficacité attendus dans l'avenir résident justement dans une plus grande fluidité entre secteurs, notamment dans un transfert d'activité de l'hôpital en faveur de la ville.

Toute méthode de répartition régionale des ressources s'appuyant sur une distinction sectorielle préalable au plan national court le risque de figer des situations acquises dans une région, de « normer » la répartition des rôles entre les secteurs et de conduire à toutes sortes d'effets pervers eu égard à la complexité du système ainsi élaboré. Ce dernier risque serait encore aggravé si, dans l'enveloppe destinée aux spécialistes, l'on s'orientait vers des sous-enveloppes par spécialité.

L'architecture actuelle des responsabilités et le fractionnement des enveloppes risquent de conduire à des gestions cloisonnées, sans cohérence globale, sans vision régionale d'ensemble, ôtant

ainsi de l'efficacité au processus engagé de déconcentration des responsabilités.

**Les
conséquences
des modalités
de péréquation
retenues**

L'idée de réduire les inégalités régionales de dépenses s'étant développée progressivement et, dans un premier temps, de manière parallèle dans les différents secteurs, la construction qui en résulte aujourd'hui (et qui est moins le fruit d'une politique clairement choisie que d'une dynamique propre du système mis en place) appelle plusieurs réflexions²⁰. La première, concernant la gestion sectorielle des enveloppes, prolonge ce qui vient d'être dit sur le fractionnement des dispositifs, mais en insistant sur les modalités particulières adoptées jusqu'à présent. Les autres remarques ont trait au degré de précision des instruments utilisés et à la prise en compte des critères de besoin.

**La gestion
sectorielle
des enveloppes**

La détermination des enveloppes secteur par secteur conduit à soulever deux questions : une de méthode et une de principe. La première doit être prise en compte mais elle ne soulève pas de difficulté majeure : si les méthodes retenues sont, dans leurs grandes lignes, similaires d'un secteur à l'autre, elles diffèrent dans le détail. Or, ces différences sont difficiles à justifier et à expliquer (pourquoi la médiane d'un côté et la moyenne de l'autre, pourquoi trois tranches d'âge dans un cas et dix dans l'autre, pourquoi un indicateur de volume (nombre d'entrées) dans un cas et un indicateur en valeur dans l'autre ? etc. La mise en cohérence technique de méthodes initiées par des équipes différentes doit donc être assurée.

Plus importante est la question des présupposés théoriques sous-jacents à cette gestion distincte des différents secteurs et dont les tenants et aboutissants sont très peu explicités. La juxtaposition des systèmes de péréquation sectoriels aboutit à proposer comme cible, dans l'ensemble des régions, une norme de consommation de soins que l'on peut traduire dans les trois propositions suivantes :

À besoin égal (fonction de l'âge), la dépense hospitalière publique et privée d'une part, la dépense de médecine de ville d'autre part, doivent être identiques dans chaque région.

20. Voir sur ce point l'annexe VIII : « Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en 1997 : une présentation critique. »

Au sein de la dépense d'hospitalisation, la répartition entre public et privé entérine les parts de marché actuelles des deux secteurs (bien qu'en réalité, l'utilisation, comme indicateur, du nombre d'entrées, et non du montant des dépenses, ne conduise pas, dans la pratique, à ce résultat, mais l'objectif recherché était bien celui-là).

Au sein de la dépense de médecine de ville, l'affirmation d'une norme implicite est plus accusée encore, conduisant non seulement à l'harmonisation de la dépense globale par personne, mais à l'homogénéisation des structures de soins (généralistes et spécialistes). On suppose donc qu'il y a un modèle d'organisation du recours aux soins (représenté par la médiane sur chacun des postes de dépenses) qui est une norme de référence.

Très concrètement, ce système vise à ce que, au bout de quinze à vingt ans, chaque région ait, à âge égal : la même dépense d'hospitalisation totale ; la même dépense d'honoraires et de prescriptions de généralistes ; la même dépense d'honoraires et de prescriptions de spécialistes.

Or, aujourd'hui, les répartitions des secteurs de soins sont très différentes d'une région à l'autre. Appliquer ce modèle revient donc non seulement à redistribuer les ressources **entre régions riches et pauvres**, mais à redistribuer **entre secteurs dans une même région**. Il faut noter avec force que ces deuxièmes redistributions sont d'un ordre de grandeur **très supérieur au redéploiement global interrégional**.

Pour prendre un exemple, la région parisienne apparaît en excédent de 11 % si on cumule toutes les « enveloppes théoriques » qu'elle devrait recevoir (selon les calculs effectués pour chacun des secteurs) et si on les compare à ses dépenses actuelles. Mais cette situation globale recouvre une situation très contrastée lorsque l'on descend dans le détail des différents secteurs :

- cet excédent de 11 % est le produit d'un excédent de dépenses hospitalières de 24 % et d'un déficit de soins de ville de 9 % ;
- l'excédent hospitalier est de 25 % pour l'hôpital public, de 11 % pour les cliniques privées ;
- le déficit de dépenses ambulatoires recouvre lui-même des situations contrastées entre omnipraticiens (déficit de 22 %) et spécialistes (excédent de 13 %).

En résumé, pour que la région parisienne atteigne sa situation optimale et équitable (selon les critères adoptés), il faut diminuer

les dépenses d'hospitalisation publique de 25 %, celles d'hospitalisation privée de 11 %, celles des spécialistes de 13 %, mais il faut augmenter ses dépenses de généralistes de 22 %. Au total, la région parisienne devrait perdre 11 % par rapport à aujourd'hui.

Bien sûr, la région parisienne est assez spécifique. Mais elle n'est pas la seule à enregistrer des résultats contrastés : la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais associent un déficit hospitalier (28 % pour la Picardie, 13 % pour le Nord) et un excédent en médecine de ville, faible pour la Picardie (+ 2 %), plus important pour le Nord (+ 10 %). Dans les deux cas, cet excédent de soins ambulatoires est le produit d'un excédent très élevé sur les soins de généralistes et d'un déficit de soins de spécialistes (à titre d'exemple, pour un excédent global de 1,7 %, la Picardie a un excédent de 11 % sur les soins de généralistes et un déficit de 26 % sur les soins de spécialistes). Même cas de figure dans le Limousin. La région Rhône-Alpes présente une autre configuration, avec un déficit très important de dépenses de généralistes (– 18 %), beaucoup plus limité de dépenses de spécialistes (– 2 %), un déficit d'hospitalisation publique (– 7 %) et un excédent d'hospitalisation privée (2 %). Même dans des régions où les résultats vont dans le même sens, les écarts sectoriels sont beaucoup plus importants que les écarts globaux (excédent de 31 % pour les spécialistes en Paca, de 8 % pour l'hospitalisation, de 14 % au total).

À propos de la séparation, à l'intérieur des dépenses de ville, des dépenses des omnipraticiens et des spécialistes, le choix de normer la répartition entre ces deux sous-ensembles a pour effet d'imposer dans dix régions des ajustements **en sens opposé** de ces deux dépenses.

Par ailleurs, les travaux menés à la direction de la Sécurité sociale ont montré que les dispositions prises conduisent en général à diminuer les dépenses régionales d'omnipraticiens ou de spécialistes dans les régions où ces médecins sont les plus nombreux et leurs honoraires moyens, plus faibles. Ces mesures, qui font donc porter l'effort sur des praticiens qui ont déjà en moyenne les revenus les plus bas, ne tiennent pas compte des substitutions entre généralistes et spécialistes ; il est hautement improbable, en outre, qu'elles engendrent un déplacement des médecins se trouvant dans des régions surdotées vers des régions sous-dotées.

En résumé, les dispositifs actuels ne font pas que redistribuer des masses financières entre régions, ils tendent aussi à faire converger les structures de soins (recours à l'hôpital, au généraliste, au spécialiste...) d'une région à l'autre.

Ce choix est-il légitime ? Il est en tout cas discutable, ses fondements objectifs étant limités (l'expertise disponible dans ce domaine ne permet pas, en tout cas, de considérer la moyenne comme un optimum d'organisation du recours aux soins). **À tout le moins il doit être porté au débat politique, et il ne peut pas être réglé au seul plan technique.**

**Le niveau
de précision
des instruments
utilisés**

À l'analyse, la précision des instruments apparaît insuffisante pour l'usage qui en est fait aujourd'hui. Les variations préparées par la direction des Hôpitaux pour effectuer la déclinaison 1998 l'illustrent bien : l'actualisation des données utilisées (et notamment des projections démographiques) ou bien les extensions de champ conduisent, pour quelques régions proches de la moyenne, à inverser le sens de l'écart (entre régions sur- et sous-dotées). L'écart à la cible varie ainsi dans une fourchette pouvant aller jusqu'à 8 %.

Compte tenu de cette sensibilité aux paramétrages et aux données de base retenus (qui pourraient d'ailleurs être amenés à évoluer dans l'avenir, ne serait-ce que par souci de cohérence entre les modalités de calcul d'un secteur à l'autre), l'instrument, quel qu'il soit, ne devrait pas conduire à des redistributions dans un sens ou dans l'autre lorsque le déficit ou l'excédent est en dessous d'un certain seuil, sous peine de se déjuger quelques années plus tard. Seules les positions extrêmes seraient à prendre en compte.

**L'affinement
des critères
de besoin**

La question de l'affinement des critères de besoin doit être posée assez rapidement, au moins dans son principe : faut-il adjoindre à l'âge, variable déjà prise en compte dans le calcul des enveloppes, un critère de morbi-mortalité ? Dans le principe, la majorité des membres du groupe est favorable à l'introduction de ce dernier critère dans la formule de calcul des ressources, notamment si l'on continue à se situer dans le cadre de l'objectif « égalisation des dépenses moyennes ».

Au-delà de cet accord de principe, il reste à creuser les modalités techniques aboutissant à la détermination de l'indicateur retenu, d'autant que ce choix est fonction du scénario de répartition des ressources que l'on retient. Plusieurs de ces scénarios seront proposés dans la troisième partie. On se contentera ici de livrer quelques réflexions générales sur le choix de cet indicateur de morbi-mortalité²¹.

21. On trouvera une analyse détaillée de cette question dans l'annexe IV : « La prise en compte des états de santé et des besoins de soins des populations dans l'allocation des ressources. »

Cet indicateur de morbi-mortalité doit cumuler plusieurs qualités : il doit constituer une mesure convenable de ce que l'on souhaite approcher (l'état de santé, les besoins de santé, les besoins de soins, les besoins d'accès aux soins), mesure acceptée par la communauté scientifique et validée par des travaux empiriques ; les informations nécessaires au calcul de cet indicateur doivent être disponibles chaque année ; cette information doit être exhaustive avec un taux d'erreur et un biais minimes lorsqu'il s'agit d'un échantillon.

Jusqu'à présent, les indicateurs disponibles répondant en partie à ces critères ont été essentiellement des critères de mortalité. Plusieurs indices de mortalité peuvent être utilisés : la mortalité générale, dont la pertinence se fonde sur l'importance des dépenses de soins dans les mois précédant le décès ; la mortalité prématurée, qui témoigne d'une attention portée aux décès devant être particulièrement combattus ; la mortalité évitable, celle-ci pouvant être, ou non, imputable au système de soins. Quel que soit l'indice de mortalité retenu, on opère une standardisation des populations étudiées au regard du critère d'âge, ce qui conduit à l'indice comparatif de mortalité (ICM)²². Chacun de ces indicateurs présente des avantages et des inconvénients en fonction de la réalité que l'on souhaite mesurer et de l'usage que l'on compte en faire. Sans doute chacun d'eux permet-il de rendre compte **d'un certain** besoin de soins. Le problème est de connaître la nature exacte et scientifiquement avérée²³ du lien reliant les différents indicateurs de mortalité à la morbidité, au besoin de soins et au recours aux soins : cette connaissance est nécessaire pour passer **d'une certaine** connaissance des besoins à une **détermination précise** des ressources à allouer en fonction de ces besoins. Néanmoins, les simulations qui ont été faites dans un des groupes thématiques²⁴ ayant préparé ce rapport montrent que

22. L'ICM est le ratio du nombre de décès réel d'une zone géographique sur le nombre de décès qui y serait attendu si les risques de décès par âge étaient identiques à ceux observés dans la population nationale.

23. On peut distinguer à ce propos deux démarches :

- l'une fondée sur le syllogisme suivant : la morbidité mesure les besoins, la mortalité est une approximation de la morbidité, donc la mortalité est un indicateur de besoins. Beaucoup d'études étrangères ont montré l'association statistique mortalité/morbidité, en particulier à une échelle géographique fine ;
- l'autre fondée sur la recherche, par l'étude de relations statistiques, de déterminants de soins. C'est la démarche adoptée en Grande-Bretagne et au Québec sur un grand nombre d'unités géographiques. Cette piste devrait être suivie en France avec le développement des systèmes d'information.

24. Voir sur ce point la simulation effectuée dans l'annexe VII : « Expériences étrangères d'allocation des ressources et application de la formule RAWP aux prestations d'assurance maladie. »

la mesure des inégalités de dotation est très sensible à la nature de l'indicateur retenu. Les écarts entre régions extrêmes s'accroissent lorsque l'on retient successivement comme indicateurs : la mortalité générale, la mortalité prématurée, puis évitable²⁵. Cependant le recours à l'un ou l'autre de ces indicateurs ne change guère l'ordre de classement des régions se trouvant aux deux bouts de la distribution.

En attendant que les études à venir tranchent le débat, le groupe de travail préconise que l'on ait recours à l'indice comparatif de mortalité générale dans les scénarios s'inspirant du principe d'égalisation des droits de tirage devant l'assurance maladie.

Conclusion

De la présentation critique des dispositifs de péréquation adoptés pour les années 1997 et 1998, on retiendra :

- l'inscription essentielle de ces dispositifs dans le cadre de l'objectif d'équité consistant à égaliser les consommations moyennes à besoin (lié à l'âge) égal,
- une montée en charge progressive, mais non unifiée, des modalités de redistribution adoptées,
- l'absence d'une véritable régionalisation,
- l'adoption d'une démarche tendant à rapprocher la répartition des différents secteurs de soins d'une norme nationale, ce qui laisserait à penser que celle-ci est optimale.

Dès lors, la question se pose : faut-il poursuivre le mouvement entrepris ? Si oui, quels infléchissements, voire avec quels changements de cap ?

25. C'est ainsi que le rapport entre les six régions les moins bien dotées et les six régions les plus dotées passe 1 à 1,41 en pondérant l'âge par la mortalité générale, de 1 à 1,68 en pondérant l'âge par la mortalité prématurée, de 1 à 1,82 en pondérant l'âge par la mortalité évitable.

Préconisations

Introduction : malgré les difficultés de la tâche, il convient d'avancer

Les deux premières parties de ce rapport ont amplement souligné les difficultés de la tâche consistant à espérer réduire les inégalités **de santé** par une meilleure allocation des ressources **du système de soins** : ces difficultés sont liées notamment aux éléments suivants :

- détermination de l'état de santé par des éléments **autres** que le système de soins,
- difficile modélisation des **liens** entre état de santé (déterminé en grande partie hors du système de soins), besoins de soins et une offre de soins pertinente, efficiente et accessible,
- multiplicité des **critères d'équité** pouvant être pris en compte (égalisation des productivités, des consommations moyennes à besoin égal, des états de santé),
- particularités des dispositifs adoptés par les ordonnances de 1996 : ampleur limitée du champ des dépenses promises à redistribution, déconcentration des décisions au niveau régional plutôt que régionalisation véritable ; fractionnement des dispositifs et des enveloppes ; rapprochement des structures de soins vers des normes nationales.

Il faut donc être prudent sur la possibilité de réduire les écarts de santé entre régions par des allocations différentielles de ressources financières.

Néanmoins, cette synthèse des difficultés de l'exercice ne doit pas conduire au défaitisme ou à l'inaction : elle vise seulement à **faire prendre conscience des limites de l'expertise actuelle** et à lui donner une juste place au sein d'un processus qui est aussi **politique**.

À l'évidence, si l'action est difficile, le *statu quo* est impossible et ceci pour deux ordres de raisons.

Les premières relèvent d'un **souci d'équité**. Devant les fortes inégalités interrégionales d'offres de soins, on ne peut pas ne pas souhaiter la poursuite de la réduction de celles-ci au regard des deux premiers critères d'équité rappelés plus haut. Devant les fortes inégalités d'état de santé, on ne peut pas ne pas s'opposer à l'aggravation de ces dernières par une répartition de l'offre de soins qui ne s'attaquerait pas assez efficacement aux besoins de soins différenciés liés à ces situations inégales devant la maladie et la mort.

Sans doute peut-on même être plus ambitieux encore et trouver des mécanismes permettant de mieux combattre les causes des mauvais états de santé (plutôt que leurs conséquences), ce qui autoriserait à terme l'espoir d'une réduction des inégalités de santé.

Les secondes considérations relèvent d'un **principe de réalité**. Les inégalités régionales, tant en matière d'état de santé que d'offre de soins, commencent à être bien connues : il existe une pression au rééquilibrage des dotations qui ne peut que s'accroître avec la régionalisation de la gestion du système et la déclinaison géographique des objectifs de dépenses votés par le Parlement. D'ailleurs, le mouvement est en marche avec les dispositions qui ont été prises en 1997 et 1998 et l'on comprendrait mal que cette démarche soit stoppée.

Au total, si la question à traiter est complexe et si les outils à notre disposition sont imparfaits, **il importe de poursuivre et d'améliorer le processus engagé**.

À cet égard, le groupe de travail propose plusieurs catégories de préconisations. Les premières ont trait aux modalités de répartition régionales de ressources, que l'on regroupe par la suite sous l'appellation de « scénario ». Divers scénarios seront ainsi présentés qui, soit constituent des aménagements des dispositions

actuelles (scénarios 1 et 2, p. 46), soit s'écartent de la logique qui les inspire (scénarios 3 et 4, p. 55 et suiv.).

D'autres préconisations sont également proposées, examinant les conditions devant permettre aux dispositifs adoptés d'accroître leur efficacité au regard des objectifs annoncés (p. 66).

Les scénarios proposés

Une première famille de scénarios (scénarios 1 et 2) s'inscrit dans la poursuite de la politique menée jusqu'à présent, en proposant des amendements plus ou moins importants par rapport aux mécanismes actuels, pour en corriger les principales faiblesses qui ont été mises en évidence dans la deuxième partie de ce rapport, mais sans en changer radicalement. Ces scénarios maintiennent en particulier **deux éléments très structurants** :

- le principe d'équité : « droits de tirage identiques sur les dépenses d'assurance maladie à besoin égal » ; on poursuit donc dans la voie de mécanismes qui visent à *redistribuer l'ensemble des masses de dépenses de soins* entre régions ;
- le contexte actuel de la régulation du système : gestion d'enveloppes sectorielles, sans modification majeure des rôles des institutions actuelles aux plans national et régional. On peut cependant imaginer que, toujours dans ce contexte, des **marges de manœuvre supplémentaires** puissent être laissées au niveau régional.

Les deux scénarios suivants (3 et 4) constituent une rupture plus radicale avec la politique actuelle, en remettant en cause l'un ou l'autre de ces deux grands principes.

Le scénario 3 propose de tirer jusqu'au bout les conséquences de ce qui a été longuement souligné dans ce rapport, à savoir que l'égalisation des dépenses de soins n'entretient qu'un rapport assez lâche avec la réduction des inégalités de santé. Pour atteindre ce deuxième objectif, une action non pas sur *les masses de dépenses* mais sur les *marges* pourrait s'avérer plus efficace.

Le scénario 4 franchit, lui, un pas conséquent en termes d'évolution des modes de gestion du système de santé. Il va jusqu'au bout de la logique de régionalisation, en envisageant l'abandon d'une gestion sectorielle au plan national, au profit d'une gestion régionale, avec une marge d'autonomie beaucoup plus grande à ce niveau dans l'allocation des ressources entre les différents secteurs. Il porte en germe l'idée d'un rapprochement des institutions actuelles vers une institution régionale unique. À l'évidence, ce scénario se situe à un autre niveau que les précédents, qui

sont directement opérationnels à court terme, et trace plutôt des perspectives de long terme.

L'amélioration des dispositifs actuels (scénarios 1 et 2)

On rappellera tout d'abord l'essentiel de ces dispositifs et des critiques qui en furent faites dans la deuxième partie.

On se souvient que ces dispositifs prévoient :

- une répartition régionale en cinq enveloppes,
- le recours, pour la détermination de chaque enveloppe, à des critères différents :
 - pour la dotation accordée au secteur hospitalier public :
 - indicateur de besoin : population hospitalisable dans le secteur public (indicateur fondé sur la structure par âge (en dix classes) et sur le recours effectif à ce type d'hospitalisation),
 - indicateur de productivité (valeur du point ISA dans la région, rapportée à cette même valeur au niveau national) ;
 - pour la dotation accordée au secteur ambulatoire : dépense d'assurance maladie moyenne par individu, compte tenu de la structure par âge (en trois classes) ;
- la détermination, pour chaque enveloppe, d'un écart régional par rapport à une norme nationale mesurée, selon les cas, par la moyenne ou la médiane (dotation cible) ;
- la fixation du pourcentage annuel d'évolution des dotations de chaque région permettant de se rapprocher de la dotation cible.

On peut résumer ainsi les critiques principales formulées à l'encontre des dispositifs actuels :

- sur le plan des principes :
 - un cloisonnement par secteur, renforcé par :
 - des modalités techniques de péréquation différentes d'un secteur à l'autre,
 - et surtout un choix non explicité, mais très lourd de conséquences, non seulement de redistribuer des masses financières entre régions, mais aussi de normer les recours à certains types de soins (recours à l'hôpital, au généraliste, au spécialiste...) ;

- une interaction entre des logiques de maîtrise des dépenses et de redistribution régionale qui peut aboutir à des incohérences.
- sur le plan des modalités techniques :
 - une utilisation des instruments mis au point au-delà de ce qu'autorise leur degré de précision,
 - une approche des besoins qui peut être améliorée (prise en compte de l'évolution de la population, et éventuellement d'un indicateur de besoins au-delà du critère de l'âge),
 - des imperfections méthodologiques dans les choix d'indicateurs (pour le calcul des parts de marché entre hôpitaux publics et privés), dans la détermination du processus de convergence vers la cible.

Les évolutions proposées ici combinent donc un certain nombre de préconisations cherchant à supprimer ou à minimiser les inconvénients ci-dessus autant que faire se peut, dans la mesure où n'est pas modifié le contexte d'ensemble.

Elles sont regroupées en deux scénarios, qui présentent une gradation dans l'ambition réformatrice, et surtout une certaine différence de philosophie : alors que le premier colle très fortement au schéma actuel, dont il supprime les défauts les plus marquants, le deuxième s'en écarte un peu plus en proposant de faire jouer un rôle encore plus limité à la péréquation sur les masses de dépenses.

Scénario 1 Propositions de modification des méthodes de régionalisation actuelles

1997 a été la première année de la régionalisation pour les dépenses médicales comme pour les dépenses encadrées des hôpitaux. Les mécanismes mis en œuvre ne sont donc pas exempts de critiques, et devraient donc évoluer. On synthétisera ici les principales modifications proposées (pour plus de détail, voir annexe VIII²⁶).

- S'agissant de la **médecine de ville**, le principal défaut de la méthode est l'absence de prise en compte des possibilités de substitution entre dépenses générées par les omnipraticiens et les spécialistes. Ce faisant, la méthode conduit à fixer des objectifs d'évolution opposés pour ces deux types

26. Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en 1997 : une présentation critique.

de dépenses dans environ une dizaine de régions. En l'absence de consensus sur la répartition souhaitable de l'activité médicale entre généralistes et spécialistes, la déclinaison régionale des enveloppes nationales de ces médecins **devrait tenir compte de leurs parts de marché régionales respectives** plutôt que viser la répartition nationale moyenne.

- Pour **l'hôpital public**, l'amélioration doit porter en premier lieu sur le mode de calcul des parts de marché entre hospitalisation publique et privée. En effet, le mode de calcul actuel, basé sur des **nombres d'entrées**²⁷, ne tient pas compte des spécificités de ces deux secteurs (présence sur des créneaux d'activités différents, missions particulières du secteur public...). Une répartition des dotations régionales entre public et privé au prorata de leurs **dépenses**²⁸ n'est cependant pas non plus souhaitable : elle conduirait à légitimer toutes les sources de différences de coût entre public et privé. Une solution intermédiaire doit donc être étudiée (utilisation de données du PMSI, estimation – éventuellement conventionnelle – des différences de coût « justifiées »...). Par ailleurs, il serait souhaitable de s'assurer de la capacité de la méthode de péréquation à tenir compte des activités hospitalières atypiques ou inégalement réparties sur le territoire (psychiatrie...).

Au-delà de ces axes prioritaires d'évolution, d'autres modifications pourraient être recommandées :

- Poursuite de l'harmonisation et de l'actualisation des données (concernant notamment l'évolution de la population, le choix des tranches d'âge, les données utilisées pour mesurer des besoins...).
- Réflexion sur l'articulation entre péréquation régionale et **prise en compte de la morbidité** : faut-il tenir compte d'indicateurs de morbidité (qui restent discutés) dans le mécanisme de péréquation ou faut-il préférer l'allocation (hors mécanisme de péréquation) d'enveloppes ciblées aux régions ayant des besoins de santé publique spécifiques et identifiés (qui sera exposée dans le scénario 3) ?

27. Le calcul de la part du secteur public dans l'ensemble de l'hospitalisation publique et privée aboutit à des résultats différents selon que l'on raisonne en nombre d'entrées (il est alors de 62 % en 1997) ou en dépenses (il s'élève alors à 86 %).

28. C'est ainsi qu'on ne sait pas déterminer le nombre de personnes concernées par une priorité donnée dans une région.

- **Simplification des processus de convergence vers les cibles.**

Notamment, la méthode utilisée pour la médecine de ville apparaît complexe (utilisation de la médiane, superposition de deux étages de péréquation...). Du fait du passage par le calcul de consommations régionales par habitant, elle s'avère assez sensible à une mauvaise évaluation de l'évolution de la population.

- Prise en compte des **multiples causes d'imprécision** qui caractériseront toujours la définition des allocations régionales « idéales ». Ainsi, on pourrait souhaiter que l'instrument, quel qu'il soit, ne conduise pas à des redistributions dans un sens ou dans l'autre dans les régions où les écarts à la cible sont faibles. Dans le même ordre d'idée, il serait souhaitable de chercher à valider les évolutions découlant de la péréquation à l'aide d'informations extérieures.

Les pistes d'évolution suggérées ci-dessus restent dans l'esprit des méthodes de péréquation actuelles, qu'elles ne modifient qu'à la marge. Elles ne doivent pas pour autant faire perdre de vue des modifications plus radicales (passage à une régionalisation tous secteurs confondus (qui fait l'objet du scénario 2), remise en cause d'une logique de besoins pour certains secteurs, définition d'objectifs en volume et en prix et non plus uniquement en valeur...).

Scénario 2 Une péréquation globale avec redécoupage sectoriel ensuite, complétée par une fongibilité à la marge des enveloppes de dépenses au niveau régional

Ce scénario s'écarte du précédent dans sa philosophie (même si, comme on va le voir, au plan pratique, il ne fait qu'en prolonger certains aspects). On peut résumer ainsi les idées qui le sous-tendent :

- Le rééquilibrage des masses financières entre régions est un objectif qui recueille un consensus assez général. Il faut le poursuivre dans cette perspective politique, même si, comme on l'a déjà dit à plusieurs reprises, il ne joue qu'un rôle limité sur la réduction des inégalités de santé. Mais dans ce cas il faut se limiter à ce strict objectif, sans y rajouter la moindre volonté, *au niveau national*, d'agir sur la structure des dépenses, avec une logique normative qui n'est ni pertinente à un tel niveau national, ni vraiment légitime. Ceci plaide pour une péréquation sur l'ensemble des dépenses, le redécoupage en secteurs n'intervenant qu'ensuite, sans modification des structures régionales.

En revanche, si l'on veut être efficace sur le plan des inégalités de santé, il faut, tout le monde en est d'accord, mener des actions ciblées sur des problèmes prioritaires spécifiques d'une région ou d'une zone géographique, et qui traversent les différents secteurs. Pour cela, il faut une petite marge de « fongibilité des enveloppes » (pour employer un jargon barbare). En laissant cette marge de manœuvre aux régions, on initie un processus qui est aussi un processus d'apprentissage de la gestion régionale.

**Une
péréquation
globale**

La poursuite des mécanismes actuels sous-tend, comme on l'a vu, un choix implicite de convergence des structures de soins, dont on a pu voir les conséquences très lourdes pour les régions.

Le scénario précédent fait déjà un pas pour améliorer les dispositifs en ce sens (notamment en faisant évoluer le mode de calcul pour les généralistes et les spécialistes, et en modifiant le calcul des parts de marché entre hôpital public et cliniques privées). L'approche qui est proposée ici est plus radicale. Il s'agit de calculer la répartition cible sur l'ensemble des dépenses, tous secteurs confondus, puis de décliner ensuite cette enveloppe théorique régionale par secteur, en fonction du poids existant de chacun de ces secteurs dans chaque région (et qui peut être différent d'une région à l'autre).

La méthode proposée est donc la suivante :

- Le calcul de l'enveloppe théorique de dépenses de la région est effectué sur la masse globale des dépenses (tous secteurs confondus), avec une formule de répartition unique ;
- L'agrégat concerne donc l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, c'est-à-dire l'équivalent de l'Ondam au niveau national (objectif national des dépenses d'assurance maladie). À ce stade, la question pourrait être posée d'effectuer la péréquation non pas sur les dépenses d'assurance maladie, mais sur les dépenses de santé. Pour des raisons à la fois de principe (nous sommes ici dans un raisonnement basé sur l'égalité de droits de tirage sur l'assurance maladie) et aussi de disponibilité pratique (absence de comptes de la santé régionaux), il est plutôt proposé d'en rester à la notion de dépenses d'assurance maladie.

La formule de répartition proposée est fondée :

- Comme aujourd'hui, sur l'âge (c'est-à-dire qu'on calcule les dépenses que chaque région devrait avoir si sa population

consommait, globalement, le même montant de soins que la moyenne nationale à âge égal) ;

- En la complétant éventuellement par un indicateur de morbidité ou de mortalité, le plus facilement utilisable à court terme étant l'indice comparatif de mortalité (ICM).

Il faut le rappeler, cette introduction d'un indicateur de mortalité est moins le résultat indiscutable d'une connaissance parfaite des relations entre mortalité, morbidité et soins nécessaires, que la traduction d'une conviction plus « politique » ou « citoyenne » selon laquelle on ne peut ignorer cet élément d'appréciation du besoin.

Cet écart défini par rapport au budget théorique total est ensuite appliqué de manière uniforme aux dépenses des différents secteurs. Par exemple, si l'on constate un excédent global de 14 % pour la région Paca, on considérera que cet excédent vaut pour tous les postes de dépenses, hôpital public, cliniques privées, généralistes, spécialistes... On obtient ainsi, comme dans le système actuel, une répartition-cible des dépenses pour chacun des secteurs, et la confrontation entre cette répartition-cible et la répartition actuelle donne le sens et l'ampleur des écarts à corriger ; reste à faire ensuite le choix d'un rythme de réduction de ces écarts, là encore comme dans le dispositif actuel.

Ce scénario préserve la notion d'enveloppes sectorielles de dépenses. Toutefois, il nécessite la redéfinition des dépenses encadrées par certaines de ces enveloppes : les objectifs de dépenses médicales, qui régulent actuellement à la fois les dépenses supportées par les régimes d'assurance maladie et les tickets modérateurs, ne devraient plus couvrir que les premières, dans la logique de ce deuxième scénario. De même, seules les dépenses d'hospitalisation publique financées par les régimes d'assurance maladie devraient être régionalisées, et non les dépenses financées par les autres produits de l'activité hospitalière (tickets modérateurs, forfaits journaliers...) comme c'est le cas actuellement. Par ailleurs, le scénario 2 utilise une évaluation des besoins commune à tous les secteurs, alors que le scénario 1 autorise l'usage d'indicateurs de besoins différenciés par secteur. La cohérence d'ensemble du scénario 2 a donc pour contrepartie une définition et un calcul des objectifs sectoriels en des termes qui peuvent être moins adaptés à la régulation des secteurs concernés. À ces modifications près, ce scénario reste pour l'essentiel compatible avec le système juridique et institutionnel actuel. Il propose simplement une méthode alternative pour les définir.

Par rapport aux méthodes actuellement employées, le scénario 2 abandonne toute action sur les structures de consommation de soins. Les méthodes actuelles sont normatives et volontaristes. Celles proposées dans ce scénario peuvent être jugées à l'inverse comme très conservatrices, en entérinant des situations régionales qui ne sont peut-être pas optimales sur le plan de la qualité des soins. Sur ce point, le scénario 1 est dans une position intermédiaire, puisqu'il supprime la répartition normative entre dépenses de généralistes et dépenses de spécialistes, tout en continuant à viser une répartition identique dans toutes les régions entre soins hospitaliers et soins ambulatoires.

Rappelons quelques raisons pour lesquelles ce scénario apparaît toutefois préférable au scénario actuel, très normatif, au moins à court terme :

- **Il impose aux régions des contraintes et des sacrifices plus limités et assis sur une légitimité plus forte, et donc, à ces deux titres, plus acceptables.**

Ces contraintes sont moins fortes car, comme on l'a vu, les écarts sont moins importants lorsque l'on raisonne globalement que lorsque l'on raisonne secteur par secteur. D'autre part, si la réduction des inégalités de dépenses totales de soins est un objectif relativement consensuel et paraît légitime aux yeux de tous, l'uniformisation des modes de recours aux soins l'est moins : et ce d'autant plus qu'il n'y a guère d'expertise incontestable permettant de définir ce que serait une organisation optimale des soins (ce qui renvoie à des questions délicates sur les places respectives du généraliste et du spécialiste, de l'hôpital et de la médecine libérale, etc.). De ce fait les sacrifices à consentir, dans certains secteurs, par des régions qui ont des structures de consommation s'écartant de la moyenne nationale risquent d'être plus mal acceptés.

- Il permet également une **meilleure lisibilité de la politique menée**, en la ciblant sur un seul objectif clair d'équité, sans la brouiller par un objectif second de rééquilibrage de l'offre au sein des régions. Ce rééquilibrage peut, en revanche, faire l'objet d'actions régionales à la marge, menées en fonction d'objectifs prioritaires de santé, dans le cadre des marges financières décrites ci-dessous.
- Il permet **de définir de manière stable, quels que soient les critères retenus, des régions sur- ou sous-dotées, ce qui renforce la crédibilité et la lisibilité du système.**

Le raisonnement par secteur conduit en effet à porter des jugements contrastés sur une même région, en fonction du secteur considéré. Les régions généralement considérées comme défavorisées, et qui le sont du point de vue des dépenses totales, du fait même que leur recours aux soins s'appuie souvent plus sur les généralistes, seront considérées comme excédentaires pour ce type de soins : c'est le cas, par exemple, pour le Nord-Pas-de-Calais.

Ceci aboutit à une vision relativement confuse de la géographie des inégalités. Si l'on ajoute à cela la sensibilité des résultats obtenus aux choix techniques opérés, le fait que les actualisations démographiques peuvent changer le sens des écarts pour les régions en milieu de distribution, la vision différente selon que l'on retient comme indicateur de besoin l'âge uniquement ou des indicateurs complémentaires de mortalité... on finit par se convaincre que tout cela n'est pas très fiable, ce qui est de nature à entamer fortement la crédibilité de la politique engagée.

Or, en réalité, au-delà des variations de mesures, il y a bien des groupes de régions sur- et sous-dotées, que l'on peut identifier de manière stable quels que soient le critère ou les modalités techniques précises retenus, pour peu que l'on raisonne sur l'ensemble des dépenses. Dans ce cas, que l'on considère l'âge seul ou la mortalité, que l'on prenne la moyenne ou la médiane, le sens des écarts ne change pas, même si leur ampleur peut changer. Ceci permet donc de conforter le sens des évolutions engagées, qui ne devraient pas être contredites dans l'avenir, même si on affine les critères de péréquation (et à condition que l'instrument soit bien utilisé dans les limites de sa précision).

- Enfin **il évite des effets paradoxaux** liés au fait qu'au-delà des enveloppes financières, les variables d'action dont disposent pouvoirs publics et caisses pour rééquilibrer l'offre sont très différentes selon les secteurs.

En effet, à quoi aboutit la logique normative qui cherche à faire converger les dépenses de chaque secteur vers la moyenne nationale ? Au fait que, dans des régions où les généralistes répondent à une grande part de la demande de soins, précisément parce que les spécialistes sont peu nombreux, ils en seront pénalisés, alors même que l'on n'a aucun moyen d'assurer de manière concomitante l'accroissement de l'offre de spécialistes qui viendrait contrebalancer cette action restrictive (et que l'on peut seulement espérer, au mieux, une incitation à l'installation de spécialistes à long terme).

Pour toutes ces raisons, une approche plus globale des inégalités paraît, dans une première étape, plus raisonnable.

Néanmoins, il faut remarquer que le scénario 1 apporte déjà, par rapport au scénario actuel, des aménagements qui permettent de régler une bonne partie des problèmes évoqués ci-dessus. Les principales différences entre les deux scénarios sont donc les suivantes :

- Le scénario 2 va encore plus loin puisqu'il ne cherche plus à homogénéiser la structure des dépenses entre médecine de ville et hospitalisation ;
- Toutefois, il s'intéresse exclusivement aux dépenses d'assurance maladie, alors que le scénario 1 tenait compte, pour certains secteurs, d'autres sources de financement des professionnels ou des structures de soins.

Les scénarios 1 et 2 conservent cependant des caractéristiques communes :

- Tous deux reposent sur le principe d'une répartition des dépenses de l'ensemble des secteurs en fonction d'un critère de besoins. Or il pourrait être argumenté, pour certains secteurs notamment, que le critère d'égalité pourrait être autre : ne pourrait-on défendre une égalité d'accès au secteur public hospitalier, plutôt qu'une égalité d'accès à l'hospitalisation ? Une égalité d'accès à la médecine de secteur 1 plutôt qu'à la médecine dans son ensemble ?
- Ces deux scénarios restent basés sur des objectifs régionaux en dépenses, et non en volume et en prix. Dans les secteurs où les prix unitaires sont variables (hospitalisation), les objectifs régionaux pourront donc être atteints alors que subsistent de fortes inégalités de tarifs et de consommations en volume. Le scénario 1, qui tenait compte d'un critère d'activité des hôpitaux (mesuré par le PMSI) pour répartir les ressources évitait en partie cet écueil.
- Aucun des deux scénarios ne va jusqu'au bout de la logique de la régionalisation dans la mesure où les objectifs sectoriels ne couvrent dans les deux cas qu'une part des dépenses d'assurance maladie (à la différence de ce que propose notamment le scénario 4).

Ces deux scénarios peuvent être combinés avec des choix optionnels, comme l'introduction d'un indicateur de mortalité pour l'évaluation des besoins, ou la définition d'une marge de manœuvre régionale intersectorielle, qui va maintenant être évoquée.

**Une marge
de manœuvre
régionale
pour des
actions ciblées**

Si l'approche préconisée ici part d'une vision transversale en termes de dépenses, elle aboutit cependant au final à un redécoupage par secteur, condition nécessaire au maintien des dispositifs actuels de régulation. Dès lors elle n'échappe pas aux critiques de rigidité qu'encourt un système cloisonné par institution, quel que soit le mode de calcul des enveloppes. Par ailleurs, comme on l'a vu, l'action nationale en matière de réduction des inégalités (et que l'on a voulu ici la plus globale possible) doit être impérativement relayée aux plans régional et local par des actions ciblées pour être efficace.

Cette péréquation globale est donc complétée par la possibilité donnée aux régions de constituer, à partir des différentes enveloppes sectorielles, une marge de manœuvre, une enveloppe transversale, non préaffectée par secteur, et dont l'affectation sera organisée pour mener des programmes d'actions sur des problèmes précis, avec des objectifs définis à l'avance et quantifiés, et une évaluation à la fois au plan régional et au plan national de l'utilisation de ces fonds.

On peut dire, dans une certaine mesure, que ce processus préfigure un peu le scénario 3, dans la mesure où il ouvre une fenêtre de « décroissement », mais qui reste dans un premier temps marginale. Ceci permettrait d'initier, dans les régions, une dynamique d'apprentissage dans une gestion transversale des ressources, et de permettre les expérimentations dans ce domaine.

Changements de perspective (scénarios 3 et 4)

Tels sont donc les aménagements proposés aux dispositifs actuels se situant dans la logique adoptée jusqu'à présent. Les deux scénarios qui suivent rompent de façon significative avec cette logique soit parce que l'on privilégierait la réduction des inégalités de santé par la détermination d'une enveloppe spécifique (scénario 3), soit parce que l'on irait vers une véritable régionalisation (scénario 4).

Scénario 3 Détermination d'une enveloppe spécifique destinée à des actions ciblées sur les priorités de santé publique

Ce scénario propose deux modifications importantes aux dispositifs actuels :

- d'une part, réserver dans l'Ondam une enveloppe spécifique (de l'ordre de 6 milliards de F) confiée après répartition à la gestion des régions pour la réalisation d'actions de santé,

- d'autre part, répartir régionalement la part restante de l'Ondam selon le seul critère d'alignement des tarifs et des coûts et pour les seules dépenses hospitalières.

**Pourquoi
changer
d'optique ?**

Alors que les scénarios 1 et 2 privilégiaient l'objectif d'égalisation des prestations d'assurance maladie à besoin égal, le scénario 3 met l'accent sur la réduction des inégalités de santé.

Or, on a vu précédemment que les états de santé :

- d'une part dépendaient de déterminants autres que le système de soins pour lesquels les actions remédiant aux inégalités de santé utilisaient d'autres canaux que l'offre de soins : politique de l'environnement, lutte contre la précarité, contre les accidents de la route, campagnes de lutte contre le tabac, l'alcool... ;
- d'autre part étaient liés en partie à l'offre de soins, mais à condition que les actions résultant de cette offre soient orientées vers les **besoins prioritaires** de la population.

Deux conclusions peuvent être tirées du rappel de ces constats qui ont fondé toute l'argumentation sous-tendant ce rapport.

Il convient de quitter la logique de répartition des ressources visant à **faire vivre et fonctionner des structures pas toujours efficaces**, celles-ci menant la politique qui leur est propre (il est fréquent qu'une structure, pour se développer, choisisse un créneau valorisant de haute technologie de type chirurgie cardiaque, scanner, plutôt qu'un créneau plus ingrat ou plus difficile comme la prise en charge des alcooliques, des toxicomanes ou l'accompagnement des suicidants). Cette logique est d'autant plus à remettre en cause lorsqu'elle opère une **distinction préalable entre secteurs**, ce qui risque de figer des situations acquises dans une région et de « normer » la répartition des rôles entre secteurs.

Il importe de mettre en œuvre un système :

- permettant de lutter contre les inégalités de santé,
- permettant à l'offre de soins d'être plus performante dans la réduction des inégalités de santé.

Une autre façon de définir cette approche est de chercher à généraliser la **démarche qualité** à l'ensemble du système de santé. L'approche qualité constitue en effet une approche unificatrice du système, englobant le curatif et le préventif, et peut favoriser l'évolution vers une vision moins segmentée de la réalité et des dis-

positifs. Du reste, l'existence d'inégalités est témoin de l'existence de situations de non-qualité. **En luttant pour la qualité, on agit pour réduire les inégalités.**

Deux mesures répondant au double objectif qui vient d'être rappelé sont dès lors proposées :

- travailler sur les **mesures d'accompagnement d'une politique de répartition d'enveloppes** financières, en faisant jouer les autres outils de régulation : planification des structures, des installations, politique de prévention, évaluation de la qualité... (voir aussi p. 181) ;
- mettre en place un scénario alternatif à la déclinaison d'enveloppes, orienté vers des politiques plus ciblées, en dégageant une enveloppe spécifique « à la marge ». Ce scénario se différencie des précédents qui, attribuant des ressources à des structures, cherchent à allouer la « masse » des dépenses, quitte à prévoir un étalement dans le temps du rapprochement à la dotation cible.

Les principales mesures du scénario

Dans la ligne des changements d'optique qui vient d'être exposée, on préconisera un scénario qui consiste :

- à ne garder un objectif d'allocation différentielle des ressources selon les régions que dans un but d'alignement des tarifs (pour les cliniques) ou des coûts (pour les hôpitaux publics, *via* l'outil PMSI) sans chercher à prendre en compte les volumes de prestations par secteur...
- et à dégager au plan national une enveloppe spécifique prélevée dans l'Ondam pour des actions ciblées sur des priorités de santé, cette enveloppe étant allouée dans les régions uniquement sur la base des indicateurs de démographie et de morbi-mortalité.

Cette dernière mesure revient à renverser l'ordre logique théorique habituellement proposé pour conduire des actions de santé publique qui voudrait fixer les budgets en fonction d'une analyse préalable des besoins de santé publique. Or, l'expérience montre que l'on ne sait pas valoriser précisément des priorités en ce domaine ; de plus, le dispositif institutionnel actuel n'est pas très adapté pour répartir de façon transsectorielle²⁹ les montants

29. À cet égard, on notera que, lors de la campagne budgétaire 1998, les agences régionales de l'hospitalisation ont quasi systématiquement réservé une provision sur leur enveloppe allouée pour l'hospitalisation publique, pour faire face à la mise en œuvre des priorités de santé publique nationales et locales. Cependant, par définition, ces actions ont vocation à passer uniquement par le système hospitalier public.

ainsi « estimés ». De ce fait, l'annonce des priorités effectuées au niveau national ou régional reste vague et peu crédible, alors qu'il faudrait pouvoir les décliner en actions concrètes³⁰.

Plus pragmatique, la démarche préconisée ici revient à fixer *a priori* un budget et à utiliser ce budget pour mettre en œuvre des actions entrant dans le champ de priorités de santé publique.

Cette enveloppe serait destinée à financer des actions spécifiques sur une ou plusieurs priorités de santé de la région, notamment les problèmes mis en exergue lors de la Conférence régionale de santé, et ce, de façon transsectorielle.

Elle serait aussi l'une des manières de répondre aux situations de non-qualité, définies comme les situations négatives, ou inutiles, pour la santé, alors même qu'elles seraient évitables (comme les infections nosocomiales, mais aussi certains accidents de la circulation, la contamination par le VIH...) ³¹. Dans cet esprit, on pourrait admettre le principe qu'un renforcement des ressources n'est justifié qu'au regard d'un renforcement de la qualité, c'est-à-dire d'un renforcement de la pertinence et de l'efficacité, celles-ci s'entendant comme le rapport optimal entre l'utilité des soins, leur qualité et leur coût.

Cette enveloppe pourrait couvrir aussi bien des subventions à des établissements pour l'investissement, que des aides au fonctionnement, ou le développement d'actions d'éducation sanitaire³².

Dispositif institutionnel

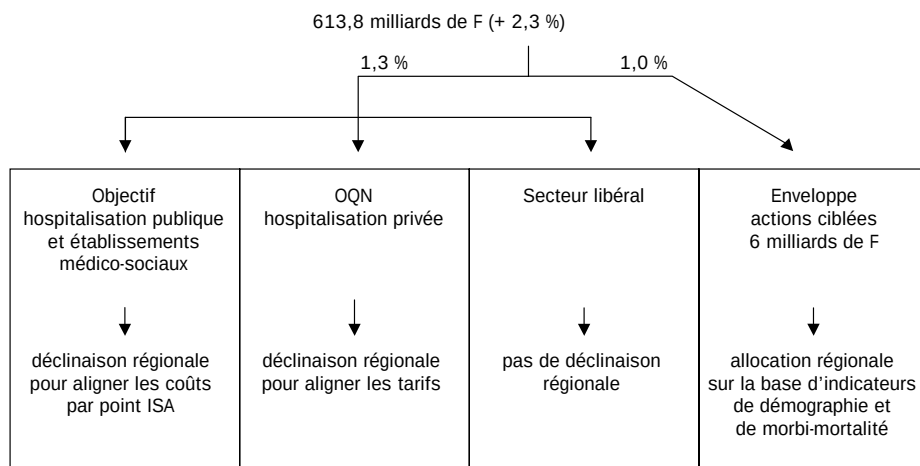
Sur le plan institutionnel, il reviendrait au Parlement de voter cette enveloppe que l'on pourrait appeler « enveloppe actions ciblées »,

30. Les actions devraient prévoir quelles structures, associations, personnes, il faudrait aider, à quelle hauteur, sur quelle période de temps.

31. Cf. annexe X : « La généralisation de la démarche qualité, facteur de réduction des inégalités de santé. » Il est en effet plus facile de définir ce qu'est la non-qualité que la qualité.

32. Si, par exemple, une priorité définie par la conférence est la prise en charge des urgences, il s'agirait de dégager des moyens de financement pour favoriser la participation des médecins libéraux au fonctionnement du Smur. S'il s'agit de lutter contre les infections nosocomiales, les travaux de mise aux normes et les actions de communication devront être entrepris. Si on parle d'alcoolisme, l'ouverture ou le renforcement d'un centre d'hygiène alimentaire peut être proposé. Si on parle des problèmes psychologiques de l'adolescent, de la même façon, les structures compétentes pourraient voir financer leur projet. Si une priorité est la prise en charge de la dépendance par maintien à domicile, des modalités de rémunération spécifiques des libéraux ou des associations pourraient être proposées. Si des priorités concernent des maladies liées à l'environnement, comme le saturnisme, l'enveloppe doit permettre de financer des actions de dépistage, d'éducation sanitaire (voire des actions sur l'environnement), sans être forcément affectée à une structure ou une activité de soins avec la difficulté, dans ce cas, de financer des champs d'activité « hors Ondam » : néanmoins, l'objectif visé est bien, alors, de limiter les dépenses de soins à moyen terme.

ou « enveloppe d'efficience », ou encore « enveloppe de santé publique », lors de la discussion de la Loi de financement de la sécurité sociale. Si par exemple, il était décidé d'allouer 1 % de l'augmentation annuelle de l'Ondam à un tel dispositif, la situation aurait pu être la suivante pour 1998 :



Les quatre types de répartition méritent un commentaire.

La déclinaison régionale de l'hospitalisation publique ne se ferait que sur la base d'indicateurs d'efficience. Le seul indicateur disponible à l'heure actuelle est le coût du point ISA dans les disciplines de court séjour. Sous réserve de l'affinement de la méthode et, notamment, de la valorisation des missions spécifiques (enseignement, urgence...), il n'y a pas de raison que cet indicateur diffère d'un établissement à l'autre. Cette remarque est du reste valable aussi bien entre régions qu'au niveau infrarégional. En attendant cet affinement, il conviendrait d'utiliser cet indicateur de manière prudente, en n'agissant qu'aux extrêmes, et en définissant un « tunnel » au sein duquel aucune modulation ne serait opérée.

La déclinaison régionale de l'objectif quantifié national de l'hospitalisation privée devrait à terme être opérée sur des indicateurs d'efficience du même type, c'est-à-dire basés sur les données issues du PMSI et l'élaboration d'une échelle de prix par Groupe homogène de malades (GHM). Ceci étant, on sait que la dispersion actuellement observée sur le total facturé pour un GHM s'explique pour un tiers par la disparité des tarifs unitaires (prix de journée, tarifs de forfait de salle d'opération...). Il paraît donc légitime de débiter cette action par une harmonisation volonta-

riste des tarifs entre établissements. Là aussi, cette remarque est valable aussi bien pour les allocations entre régions qu'au niveau infrarégional.

Une politique de réduction de ces disparités tarifaires a été menée ces dernières années³³. Cette politique de réduction des écarts devrait être accélérée.

L'apport des indicateurs issus du PMSI permettrait en sus de prendre en compte les disparités de durée de séjour, voire de cotation des actes.

Le secteur libéral ambulatoire, dont les tarifs sont unifiés sur l'ensemble du territoire³⁴, et pour lequel on ne dispose d'aucun indicateur spécifique d'efficience, ne subirait aucune allocation différentielle des ressources par région. Au demeurant, le système en vigueur n'était pas réellement un mécanisme d'allocation de ressources, mais devait servir de critère supplémentaire pour moduler les versements par les médecins en cas de dépassement de l'objectif des dépenses médicales.

Enfin, serait mise en place **l'enveloppe spécifique transsectorielle**. Si le prélèvement sur l'Ondam se faisait à hauteur de 1 % du total, 6 milliards seraient prélevés sur une année.

Cette enveloppe « actions ciblées » serait concentrée sur les régions se situant en position défavorable sur le plan des indicateurs de santé. Le calcul serait effectué sur des bases non financières, uniquement sur des indicateurs de mortalité. Pour être en phase avec l'approche du Haut Comité de la santé publique, on utiliserait les écarts de taux de mortalité évitable (en différenciant si nécessaire la mortalité évitable liée au système de soins et la mortalité évitable liée aux risques individuels, comme le propose le Haut Comité), ou d'années de vie perdues, qui seraient donc les seuls paramètres à prendre en compte pour répartir l'enveloppe spécifique entre chaque région. On pourrait aussi imaginer une procédure RAWP applicable à ces programmes régionaux de santé. Cette approche constitue en outre un outil à intégrer dans les discussions visant à identifier les priorités régionales puisque les causes de mortalité évitable constitueraient la base du calcul de répartition.

33. Par exemple, pour le tarif FSO de base, en 1993, les écarts variaient entre 14,41 F et 24,70 F. En 1997, la fourchette s'est réduite de 18,81 F à 26,96 F.

34. Encore que, dans le domaine dentaire par exemple, les tarifs pratiqués ne sont pas très homogènes pour les activités pouvant faire l'objet d'honoraires libres.

Le mécanisme institutionnel à mettre en place pour répartir cette enveloppe doit permettre d'éviter les écueils connus : orientation préférentielle des budgets vers les structures hospitalières, détournement des objectifs pour résoudre des problèmes de court terme, saupoudrage, recherche d'une planification idéale, mais, du coup, rigide et peu réactive.

Les instances régionales pour le moment aptes à répartir cette enveloppe sont les ARH, les Drass, les Urcam et/ou les Cram (à moins d'envisager une attribution aux conseils régionaux mais qui n'ont pas de compétences en matière de santé). Peut-être les nouveaux échelons de décision que sont les ARH et les Urcam pourraient-ils être utilisés pour gérer ce budget spécifique, sous le contrôle de la conférence régionale de santé qui a édicté les priorités régionales.

À souligner que cette enveloppe n'aurait pas vocation à financer uniquement des projets hospitaliers, ce qui la différencie des fonds spéciaux mis en place pour accompagner les restructurations hospitalières, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Les projets en multipartenariat devraient être privilégiés. Il devrait aussi être possible de tester des formules de rémunération innovantes, notamment en médecine libérale, au titre de la participation aux urgences, ou à des actions de prévention, d'éducation sanitaire...

Sur le plan pratique, **le financement** s'opérerait par le biais d'appels d'offres dans les domaines considérés comme prioritaires. Les structures et associations présenteraient leurs projets, qui seraient financés, après procédure de choix, sous forme de contrats passés entre les ARH et les Urcam d'une part, les structures et associations d'autre part.

Dans chaque cas, la mise en place de procédures rigoureuses d'évaluation doit faire partie intégrante des projets financés.

Pour assurer le financement à moyen terme d'actions importantes, cette enveloppe « actions ciblées » pourrait être conçue comme pluriannuelle, pour éviter le danger de « saupoudrage » des actions. Sur trois ans, cela reviendrait à dégager une enveloppe de 18 milliards.

Simulations du scénario

Plusieurs simulations du scénario ont été effectuées, prenant en compte quatre hypothèses : deux concernant les données de mortalité utilisées (données de mortalité toutes causes confondues, d'une part ; sans les morts violentes, d'autre part), deux concernant les bornes affectées à la mortalité évitable (avant 65 ans ; avant 75 ans).

Ces simulations permettent de déterminer le montant par habitant dont on disposerait dans chaque région. Le scénario le plus contrasté est celui fondé sur la mortalité évitable avant 65 ans, hors morts violentes. Sur la base d'une enveloppe de 6 milliards de F, l'écart de dotation va de 89 F par habitant en Midi-Pyrénées ou en Rhône-Alpes, à 133 F par habitant dans le Nord-Pas-de-Calais. Le scénario le moins contrasté est fondé sur la mortalité évitable avant 75 ans, toutes causes de mortalité confondues (89 F en Île-de-France, 92 F en Rhône-Alpes, 126 F en Nord-Pas-de-Calais). Dans l'hypothèse mortalité évitable avant 65 ans hors morts violentes, les sommes distribuées entre régions, pour un montant de 6 milliards de F, sont reproduites dans le tableau II.

Tableau II
Répartition d'une enveloppe de 6 milliards de francs entre régions sur la base de critères d'âge et de mortalité évitable avant 65 ans hors morts violentes

	Montant réparti	
	région (MF)	habitants (F)
Alsace	174	104
Aquitaine	274	96
Auvergne	144	109
Basse-Normandie	138	98
Bourgogne	172	106
Bretagne	305	107
Centre	232	96
Champagne-Ardenne	149	110
Corse	28	110
Franche-Comté	107	97
Haute-Normandie	194	109
Île-de-France	1 202	110
Languedoc-Roussillon	213	96
Limousin	78	108
Lorraine	251	109
Midi-Pyrénées	218	88
Nord-Pas-de-Calais	530	133
Pays de Loire	285	91
Picardie	206	111
Poitou-Charentes	150	93
Paca	465	106
Rhône-Alpes	485	88
Total	6 000	

Scénario 4 Une allocation régionale globale gérée par une instance régionale unique

En proposant ce scénario, le groupe de travail a bien conscience des bouleversements importants qu'il engendre tant au niveau des dispositions prévues par les ordonnances de 1996 qu'à celui des modalités de gestion des systèmes de soins et de santé aux plans national et régional : l'exposé de ce scénario relève donc

davantage d'un exercice pédagogique destiné à dessiner des perspectives souhaitables à moyen terme plutôt qu'à proposer de modifier, dans un futur proche, les dispositions actuelles.

La logique de ce scénario se rapproche davantage du troisième principe d'équité présenté dans la première partie : égalisation des états de santé. Néanmoins, puisqu'il s'intéresse à la répartition des fonds gérés au sein de l'assurance **maladie**, il ne peut s'écarter totalement du second principe d'équité, à savoir l'égalité de prestations à besoin de soin égal.

Le principe sous-tendant cette proposition de scénario est le suivant : on assigne à la répartition interrégionale de l'Ondam l'objectif d'opérer une distribution en fonction des états de santé mesurés par un indicateur démographique pondéré par la mortalité, **chaque région ayant ensuite la responsabilité** de répartir cette dotation au niveau infrarégional entre structures de soins et actions en faveur de la santé publique.

La répartition interrégionale

Pour assurer cette répartition, on propose donc que la dotation cible issue de l'Ondam et allouée à chaque région soit fondée sur un indicateur âge x indice comparatif de mortalité générale, selon une démarche reprise dans la procédure anglaise RAWP³⁵ mise en place en 1975 pour l'affectation des dépenses d'hospitalisation. La formule préconisée ici se rapproche de celle proposée dans le scénario 2.

L'adoption de l'indicateur³⁶ de mortalité générale présente deux types d'avantages : d'une part, il tient compte des états de santé par l'intermédiaire de l'indice de mortalité. D'autre part, il tient compte, même si la relation obtenue n'est pas parfaite, des besoins en soins par l'intermédiaire de l'âge et de l'indice de mortalité (l'argument le plus souvent avancé consistant à dire que, d'une part, plus on avance en âge, plus on est malade et plus on

35. Sur l'expérience anglaise RAWP (Ressource Allocation Working Party), voir l'annexe VII : « Expériences étrangères d'allocation de ressources et application de la formule RAWP aux prestations d'assurance maladie servies en France. »

36. On trouvera dans l'annexe VII des simulations mesurant les inégalités de dotation des régions par rapport à des dotations cibles calculées en fonction de différents indicateurs de mortalité : générale, prématurée et évitable. Les résultats de ces simulations montrent que si l'ampleur des inégalités constatées entre régions diffère selon l'indicateur retenu, en revanche, quel que soit l'indicateur de mortalité choisi, ce sont toujours les mêmes régions qui se trouvent au-dessus de l'indice 110 (traduisant une surdotation d'au moins 10 %) ou au-dessous de l'indice 90 (traduisant une sous-dotation d'au moins 10 %). Le résultat semble indiquer une convergence entre indicateurs de mortalité et atténue l'importance que revêt le choix de l'indicateur de mortalité, si l'on se défend de tirer des conclusions en deçà d'un certain taux d'écart.

a besoin de soins, d'autre part, les soins les plus onéreux sont prodigués dans la période proche de la mort).

Selon les calculs effectués sur l'année 1994, le rapport entre dotation théorique (calculé à partir des indicateurs préconisés ici) et dotation effective des prestations d'assurance maladie versées dans les 22 régions françaises est reproduit dans le tableau III (l'indice 100 traduit un écart nul, un indice > 100, une surdotation, un indice < 100, une sous-dotation) :

Tableau III
Estimation de l'écart entre dotation théorique et dotation effective
des prestations d'assurance maladie dans les 22 régions françaises, en 1994
(montant moyen des dépenses de soins pondéré par l'indice comparatif de mortalité générale)

	Dotation effective / Dotation théorique
Île-de-France	121
Paca	118
Corse	116
Midi-Pyrénées	112
Languedoc-Roussillon	102
Limousin	101
Aquitaine	99
Rhône-Alpes	98
Franche-Comté	97
Centre	97
Pays de Loire	97
Poitou-Charentes	95
Basse-Normandie	95
Alsace	94
Auvergne	92
Champagne-Sud	92
Haute-Normandie	91
Lorraine	91
Picardie	89
Bourgogne	89
Bretagne	86
Nord-Pas-de-Calais	76

Naturellement, si l'on adoptait cette dotation-cible, il resterait à déterminer l'horizon temporel que l'on se donne pour la rejoindre.

La gestion régionale de l'enveloppe ainsi déterminée

La logique du présent scénario exige la mise en place d'une véritable régionalisation du système de santé. Il s'agit là d'une question délicate et complexe dont l'examen approfondi dépasse les compétences et le mandat du groupe de travail. On rappellera seulement ici que cette perspective s'inscrit dans les conclusions du rapport *Santé 2010*³⁷ publié en 1993, et qu'elle va dans le sens des préconisations du Haut Comité de la santé publique souhai-

37. *Santé 2010. Les inégalités de santé*. Rapport d'atelier in « Équité et efficacité du système de santé. » Éditions Commissariat général du Plan. Paris, La Documentation française, 1993:148-151.

tant que soit mise en place au niveau régional une agence régionale de la santé, ayant des prérogatives plus larges que l'agence régionale de l'hospitalisation. Par ailleurs, on évoquera quelques questions soulevées par la mise en place d'une gestion régionale d'une enveloppe globale déterminée au niveau national.

La mise en place d'une autorité régionale unique, compétente pour allouer cette enveloppe, serait nécessaire. Une telle **Agence régionale de santé** (ARS) est en partie en germe dans les nouvelles institutions que sont les ARH et les Urcam, mais n'en constitue pas moins une évolution majeure à partir du moment où cette institution générerait l'ensemble des dépenses des régimes obligatoires et des structures de soins.

Le problème essentiel de ce scénario, outre l'évolution institutionnelle, réside dans la détermination du mode de répartition de l'enveloppe régionale **entre secteurs**. Les difficultés rencontrées actuellement au plan national vont se retrouver de la même façon au plan régional, avec, en outre, des besoins d'information plus fins.

On peut toujours admettre que l'allocation sectorielle serait plus adaptée aux besoins si elle était décidée à un niveau géographique plus proche des réalités locales, mais la diversité des modes de tarification entre secteurs reste un obstacle important. L'homogénéité d'approche risque d'être délicate à atteindre entre, d'une part, les secteurs à allocation budgétaire *a priori*, comme l'hospitalisation publique et, d'autre part, ceux régis par le paiement à l'acte et dont, par conséquent, les ajustements d'allocations ne peuvent se faire qu'*a posteriori* (par action sur les tarifs ou autre procédure), comme les cliniques privées et le secteur libéral ambulatoire. On peut partir du principe du respect des parts de marché de chaque secteur, définies sur une base historique, mais un tel principe n'a d'autre justification que la paix sociale³⁸. La nécessaire souplesse à introduire dans l'évolution des parts de marché respectives des secteurs (si l'on souhaite par exemple promouvoir la médecine de ville et limiter la place de l'hospitalisation) s'en trouverait freinée. L'alignement des parts de marché des secteurs sur les moyennes nationales, qui consisterait à « normer » la pratique et l'offre sur le territoire, n'a pas non plus de justification forte, et serait en outre contradictoire avec l'esprit de ce scénario de régionalisation « vraie ». Enfin, laisser l'appréciation

38. En outre, les dotations hospitalières publiques régionales risquent, pour des raisons politiques, de rester fixées de manière indépendante, ce qui retirerait une grande partie des avantages de cette solution.

de l'évolution des enveloppes de chaque secteur à l'ARS, sans outil objectif de mise en œuvre, pourra paraître dangereux.

On notera incidemment que, dans cette logique, les objectifs régionaux par secteur seront opposables, et devront donc donner lieu à reversement du dépassement s'il existe. Comme il serait nécessaire de maintenir des tarifs nationaux en secteur ambulatoire ou de tendre vers des tarifs nationaux homogènes en hospitalisation privée, il faudra trouver des mécanismes de type reversement pour opérer cette récupération (ou des subventions ou provisions dans l'autre sens).

Ainsi, un tel scénario ne peut valablement être mis en œuvre, outre les aspects institutionnels, qu'à de nombreuses conditions concernant notamment le système d'information et les outils de tarification. Il faudrait en effet :

- **Disposer d'un compte régional de la santé**, permettant notamment de connaître la consommation réelle par habitant, dans et hors région, et l'activité des acteurs et structures de soins, tous régimes d'assurance maladie confondus ;
- **S'orienter vers une harmonisation des outils de mesure de l'activité et de tarification** en hospitalisation. À cet égard, l'utilisation du PMSI dans les deux secteurs gagnerait à être menée en cohérence, aussi bien sur le plan de la mesure de l'activité que sur le plan de l'allocation de ressources.

Proposition de mesures devant accompagner les dispositifs de péréquation financière

Rappelons tout d'abord que l'objectif de réduction des inégalités de santé doit aussi être poursuivi par l'allocation des ressources **au sein même** des régions. Il est en effet hautement probable que ces inégalités sont au moins aussi fortes au niveau intrarégional qu'elles ne le sont entre les régions. Or, les instances régionales ont, de ce point de vue, un avantage décisif sur le Parlement et sur l'administration centrale des affaires sociales et de la santé : **elles sont mieux à même de mettre en évidence de façon pertinente ces inégalités et de concevoir les moyens d'y remédier**. Avec l'apparition des Schémas régionaux d'organisation des soins en 1991 (les Sros) les Drass ont déjà investi dans la connaissance et l'évaluation de l'offre hospitalière publique et privée, et même parfois en relation avec l'offre de soins en méde-

cine de ville. Les ORS ont développé au cours du temps des analyses inter- et intrarégionales des problèmes de santé des populations et des réponses apportées par le système de soins. À court terme, le PMSI permettra une description complète de l'hospitalisation MCO publique et privée sur tout le territoire, ainsi que de l'hospitalisation en moyen séjour. À terme, les autres secteurs hospitaliers long séjour, psychiatrie seront également couverts. Enfin, la mise en place du Réseau santé social, la diffusion de la carte Vitale et de la carte du professionnel de santé, les chantiers de codage des actes et des pathologies, permettront, sous une forme encore à définir, une meilleure connaissance de la morbidité traitée en médecine de ville mais aussi des trajectoires des patients dans le système de soins.

L'évaluation de l'offre de soins dans le cadre des Sros s'est faite en principe en tenant compte des besoins à satisfaire dans la région, sous contrainte d'accessibilité géographique (ce qui pose la question du maintien des établissements de proximité) et d'homogénéisation des coûts unitaires de production. Les Ordonnances de 1996 ont maintenu le rôle du Sros comme outil de répartition de l'offre de soins hospitalière dans chaque région, certes d'abord dans une optique de rationalisation. Mais, dans la mesure où cette rationalisation a pour conséquence des réallocations entre structures, elle peut prendre en compte la dimension de réduction des inégalités d'accès aux soins, voire d'inégalités de santé. Par ailleurs, les Ordonnances ont aussi instauré les conférences régionales de santé, dont l'objectif est, d'une part, de contribuer au débat national sur les priorités de santé publique, mais aussi de repérer les actions prioritaires à mener dans une région. Autrement dit, les instances régionales – ARH, Drass, Urcam, URML – ont la possibilité réglementaire d'élaborer une politique régionale de réduction des inégalités de santé et de tenter de traduire cette politique grâce au Sros et à la réallocation des ressources financières. Enfin, par le biais de l'accréditation, les instances locales ont la possibilité de réduire les inégalités de soins en matière de qualité du service rendu.

Pour l'instant, cette politique trouve ses limites dans le cloisonnement des enveloppes financières par sous-secteurs du système de soins, mais aussi par l'exclusion, de l'Ondam, d'un champ important de services de prévention et d'éducation pour la santé. Il est clair que le scénario 1, même s'il perfectionne les méthodes actuelles, prolonge les limites et introduit une rigidité *a priori* dans la répartition des ressources entre les services de soins. Seule une fongibilité – qui peut être graduelle – des ressources entre les différents secteurs permettrait que les objectifs de réduc-

tion des inégalités de santé au sein d'une région se traduisent en allocation des ressources.

Pourtant, ce cloisonnement est bien là et doit être considéré comme une contrainte forte à court terme. Doit-on pour autant renoncer à mener des politiques régionales volontaristes ? Il existe des marges de manœuvre, notamment dans le cadre des expérimentations prévues par les Ordonnances (on pense, en particulier, aux filières et réseaux).

Déjà, dans le scénario 3, il est prévu une enveloppe spécifique « santé publique » ou « qualité » ou « réduction des inégalités » prélevée tous les ans sur l'Ondam et redistribuée aux régions en fonction d'une appréciation, d'une part, de leurs besoins relatifs, d'autre part, de l'efficience du système de soins régional. L'utilisation, au sein d'une région, de cette enveloppe devra donner lieu à élaboration d'un projet précis assorti d'objectifs mesurables sur une période, aboutissant à une contractualisation entre instances régionales et producteurs de soins. Ce type de projet peut, s'il est pertinent, associer d'autres acteurs que les prestataires de services traditionnellement financés par l'assurance maladie.

On peut répliquer ce modèle au niveau infrarégional, à savoir réserver une part de la dotation régionale pour le financement de programmes proposés par la conférence régionale de santé. Cette part réservée peut alors être gagée par les gains de productivité liés à la rationalisation du système de soins. On peut imaginer des contrats d'objectifs en termes d'évolution pluriannuelle des dépenses, avec partage des gains de productivité entre le payeur et les producteurs, les gains étant réinvestis dans des programmes spécifiques. Cette modalité est compatible avec une gestion sectorielle des enveloppes telle qu'elle existe à l'heure actuelle. Par exemple, en médecine de ville, et dans le cadre de l'objectif d'évolution des dépenses, il est envisageable de mettre en place un mécanisme incitatif de rémunération des professionnels lié soit à des actions d'éducation pour la santé, soit à des actions de prévention, soit à des actions visant à améliorer la coordination des soins en médecine de première ligne. Le principe de tels accords serait le transfert de rémunération, à revenu constant, pour les professionnels qui passeraient d'activités de soins à d'autres activités. D'autres formes contractuelles sont possibles avec des professionnels ayant une pratique à forte intensité capitalistique : la prise en charge par l'assurance maladie de tout ou partie de la charge d'amortissement du capital technique permettrait de continuer de garantir un niveau de revenu stable aux

professionnels en leur demandant, en contrepartie, de s'engager sur des pratiques plus efficaces. En matière hospitalière, et dans le respect de contraintes de sécurité et de qualité pour les malades, il est possible également de développer des contrats incitant à des réductions de coûts, à condition que les établissements puissent conserver une partie des gains de productivité ainsi dégagés. Par ailleurs, un établissement ou un producteur pourrait espérer bénéficier de l'utilisation des gains de productivité pour des programmes de soins spécifiques auxquels il participerait.

Il est également possible d'inciter les producteurs de soins à proposer des actions spécifiques donnant lieu à contrat d'objectifs et de moyens, avec partage de risque entre le payeur et le producteur. Ceci est envisageable dans les situations où l'on sait d'une part, identifier de façon non ambiguë une population cible et d'autre part, préconiser une organisation considérée comme optimale des soins, se traduisant par la mise en place de procédures formelles de coordination entre les différents prestataires de services visant à obtenir le meilleur résultat sanitaire possible. Par exemple, on sait aujourd'hui quelles sont les conditions requises de coordination entre les différents prestataires de services pour obtenir une réduction de la morbi-mortalité de la mère et de l'enfant en périnatalité. On peut alors concevoir les modes de rémunération incitatifs à l'adoption de ces pratiques de coordination. Dans un tel modèle, l'objectif de santé des populations est endogénéisé dans le mode de paiement aux professionnels.

Conclusion

L'expert et le politique

Le groupe de travail s'est attaché à :

- exposer les aspects techniques de la question posée (en distinguant ce qui est clairement établi, ce qui est encore débattu, ce qui reste à défricher),
- expliciter les choix politiques qui sous-tendent les solutions retenues,
- élaborer plusieurs scénarios qui, soit proposent des aménagements aux dispositifs actuels en se coulant dans la logique ayant présidé à leur élaboration, soit se rattachent à une logique tournée davantage vers la réduction des inégalités de santé et sur le renforcement de la responsabilité accordée au niveau régional.

Les réflexions finales et préconisations contenues dans le rapport sont le fruit d'analyses techniques, mais, clôturant un travail à

préoccupations de santé publique, elles ne peuvent échapper à des orientations philosophiques ou politiques. Il appartient néanmoins aux destinataires de ce rapport, à savoir les membres de la Conférence nationale de santé et les parlementaires, d'effectuer **leurs choix**, parmi les alternatives présentées, **au nom de considérations techniques et politiques**.

De quelques idées forces

Plusieurs constats ou idées forces ont été affirmés tout au long de ce rapport.

- Certes, le champ accordé à la péréquation nationale des ressources (les dépenses relevant de l'Ondam, destinées à financer **l'offre de soins**) n'autorise pas toutes les ambitions souhaitables en matière de réduction des inégalités de **santé**, car il est difficile d'agir fortement sur ce dernier objectif par la seule réduction des inégalités d'offre de soins ;

Certes, l'expertise actuelle ne peut apporter toutes les lumières souhaitables : notamment sur les liens entre état de **santé** et **besoins de soins**, entre **besoins en soins** et **dotations de ressources** nécessaires pour financer l'offre de soins souhaitable, entre **dotations** attribuées à une région et les **résultats prévisibles** en termes d'amélioration d'état de santé ;

... Néanmoins, **il importe de continuer le processus initié** en matière d'allocation régionale différenciée en vue de réduire les inégalités : tant pour des raisons de circonstances (le public ne comprendrait pas que l'on stoppe le mouvement), que pour des raisons d'équité, à savoir sûrement l'égalisation des productivités et l'égalisation des consommations moyennes à besoin égal, voire la réduction des inégalités de santé ;

- À cet égard, le **renforcement du rôle de la région** (auquel participe la répartition régionale des ressources) dans la définition des priorités, dans l'estimation des besoins, dans la mesure des performances du système et dans l'allocation infrarégionale des ressources, est de nature à **accroître l'efficacité d'une politique de réduction des inégalités de recours aux soins et de santé** : les gestionnaires locaux, plus proches du terrain, sont mieux à même que le niveau national de répartir les ressources pour améliorer à la fois l'efficacité du système et la réponse aux besoins de la population.

Ce renforcement du rôle de la région ne vide cependant pas le niveau national de toute responsabilité, soit en termes d'égalisation des productivités (que la même activité de soins

soit rémunérée au même montant sur l'ensemble du territoire), soit en termes de définition de certaines priorités de santé ou de certains programmes de soins, soit en termes de répartition d'activités sur le territoire (centres de transfusion, de greffe, de chirurgie thoracique, etc.).

- **La logique des enveloppes sectorielles de dépenses** qu'adoptent les dispositifs actuels de péréquation régionale **risque de rigidifier l'offre** et de freiner les redéploiements souhaitables ; si, de plus, les modalités de calcul de ces enveloppes aboutissent à faire converger la répartition des secteurs de soins de chaque région vers la moyenne nationale, cette disposition d'ordre technique sous-entend un jugement de valeur non fondé sur la pertinence de cette norme nationale. En conséquence, toute disposition **accroissant la fongibilité** des enveloppes apparaît souhaitable, car elle assure une gestion plus souple et mieux coordonnée de ces dernières ;
- Une mesure doit être prônée, quel que soit le scénario retenu : elle consiste à **réserver une partie de l'Ondam à des actions ciblées** sur des problèmes prioritaires d'une région et à confier cette enveloppe spécifique aux régions. Une première disposition en ce sens a d'ailleurs été prise par les ARH en 1998. C'est sans doute ce type de dispositif qui permet le plus de s'acheminer vers l'objectif d'équité tendant à réduire les inégalités en termes d'**état de santé**.

Le choix entre plusieurs scénarios

Concernant les quatre scénarios élaborés, on résume ci-après les alternatives qu'ils proposent ainsi que les avantages et inconvénients qu'ils présentent.

Deux scénarios s'inscrivant dans la logique des dispositifs actuels

Les scénarios 1 et 2 sont dans la perspective de la politique menée jusqu'à présent :

- ils s'intéressent essentiellement au principe d'équité visant à **égaliser les droits de tirage** sur l'assurance maladie à **besoin égal** ;
- ils ont pour objectif de redistribuer l'ensemble des **masses de dépenses** de soins entre régions ;
- ils **gardent les traits essentiels** de la régulation du système : gestion **par enveloppes sectorielles**, maintien du rôle des institutions aux plans national et régional.

Le scénario 1

- Les **avantages** du **scénario 1** consistent essentiellement en la suppression de certaines imperfections méthodologiques repérées dans le système actuel : prise en compte des possibilités de substitution entre généralistes et spécialistes, meilleure estimation de la répartition entre hospitalisation publique et hospitalisation privée, harmonisation dans l'utilisation des données (choix des tranches d'âge pour estimer les besoins, recours à la moyenne ou à la médiane pour calculer la sur- ou sous-dotation...), souhait d'accorder des allocations différenciées pour les seules régions se trouvant aux extrêmes de la distribution. En outre, le scénario 1 prend en compte le critère d'égalisation des productivités (pour l'hospitalisation publique).
- Les **inconvénients** du scénario 1 tiennent à deux traits majeurs : il continue à raisonner en enveloppes sectorielles ; il garde le rapprochement à la moyenne nationale du poids des secteurs de soins de chaque région. Par ailleurs, l'appréciation des besoins se fait uniquement en termes de structure d'âge de la population et de recours effectif au système de soins, ce dernier critère étant en partie corrélé à l'offre (alors que c'est celle-ci qu'il prétend déterminer).

Le scénario 2

- Les avantages de ce scénario viennent de ce qu'il **supprime le rapprochement des enveloppes à la moyenne nationale**. La répartition des enveloppes entre régions s'effectue en premier lieu sur l'ensemble des dépenses et à l'aide d'indicateurs d'**âge et de morbidité**. Le découpage entre secteurs n'intervient qu'ensuite au niveau infrarégional et en respectant les parts de marché de chacun d'eux, variables d'une région à une autre. Par rapport au scénario 1, qui utilise plusieurs critères selon la nature de l'enveloppe considérée, la détermination des régions sur- ou sous-dotées apparaît plus simple et, partant, **plus lisible** dans le scénario 2.
- Les inconvénients du scénario 2 sont liés au fait que, tout comme le scénario 1, il reste **dans la logique des enveloppes sectorielles**. Par ailleurs, s'il échappe au reproche fait au scénario 1 de ramener à la moyenne nationale le poids relatif des secteurs ambulatoire et hospitalier dans chaque région, il peut être taxé de **conservatisme** précisément en le laissant inchangé. Néanmoins, sans doute est-il préférable d'entériner une situation régionale (qui n'est sans doute pas

optimale) que de prendre pour norme une moyenne nationale (qui ne l'est pas plus et qui conduit à des bouleversements importants dans les régions qui s'en éloignent fortement).

- Les inconvénients liés au maintien des enveloppes sectorielles observés dans les scénarios 1 et 2 peuvent être en partie atténués par la constitution d'une enveloppe transversale, prélevée sur l'ensemble des enveloppes sectorielles, un peu dans l'esprit de ce qui est proposé, de façon plus ambitieuse, dans le scénario 3.

Un scénario en rupture, le scénario 3

Le scénario 3 s'écarte fortement des deux précédents. Prenant appui sur le fait que l'égalisation des **dépenses de soins** n'entretient qu'un rapport assez distendu avec la réduction des **inégalités de santé**, il tire trois conséquences de cette prémisse :

- il ne privilégie plus le principe d'équité de l'égalisation des droits de tirage sur l'assurance maladie à besoin égal, et donc il ne s'intéresse plus à la redistribution équitable de **l'ensemble des masses** financières de l'Ondam ;
- sur l'essentiel de ces masses, il souhaite opérer une répartition fondée sur le premier principe d'équité « **égalisation des productivités** » dans les seuls secteurs où cette productivité peut être mesurée, à savoir l'hospitalisation ;
- en revanche, il insiste sur le troisième critère d'équité « réduction des inégalités de **santé** » et propose, pour y parvenir, de travailler non plus sur la **masse** de dépenses mais sur une **marge**, non symbolique (de l'ordre de 6 milliards de F/an) : une enveloppe spécifique (répartie selon les besoins, y compris en termes de morbi-mortalité) destinée à mettre en œuvre, au niveau régional, des actions transsectorielles répondant à des priorités de santé publique.

Ce scénario présente l'avantage de la **simplicité de logique** tout en répondant à deux critères d'équité : celui de l'égalisation des productivités sur la partie hospitalière des masses de dépenses, celui de la réduction des inégalités de santé sur la marge de manœuvre. Il autorise la mise en place d'une véritable **stratégie de santé publique au niveau régional**, stratégie pouvant entraîner des modifications substantielles dans le comportement des professionnels de santé, par exemple dans la généralisation d'une démarche qualité, et devant faciliter des actions transsectorielles. Le montant de 6 milliards de francs (1 % de l'Ondam) proposé ici

peut être modulé au cours du temps. Si l'expérience s'avère fructueuse, le pourcentage de la masse globale ainsi affecté à l'enveloppe spécifique peut croître afin d'amplifier le mouvement ainsi déclenché.

Parmi les questions que pose le scénario, figurent certainement les difficultés à organiser la montée en charge de la répartition, au niveau régional, de l'enveloppe spécifique : comment concevoir la coopération entre organismes différents, comme l'ARH, l'Urcam, la Drass, pour présider à la répartition de sommes relativement importantes ? À cet égard, quelle doit être la place des assemblées d'élus, notamment du conseil régional, dans la détermination de la politique de santé publique de la région et donc dans l'utilisation des fonds destinés à des priorités de santé publique ? Quelles dispositions prendre pour éviter, tout au moins les premières années, l'affectation de moyens non négligeables à des actions insuffisamment mûries, à des acteurs mal préparés ou mal armés pour réaliser le programme proposé ? Néanmoins, malgré ces difficultés, le scénario 3 apparaît manifestement **très stimulant au regard d'une politique de santé publique.**

**Un scénario
prônant
une véritable
régionalisation :
le scénario 4**

Le scénario 4 se rapproche du scénario 2 dans la première étape consistant à calculer l'enveloppe de dépenses globales destinée à chaque région ; il s'en écarte tout à fait dans la deuxième étape consistant à confier à une instance régionale de type agence régionale de santé la répartition de l'enveloppe entre secteurs et entre priorités. Ce scénario, qui suppose une **régionalisation beaucoup plus poussée** que celle actuellement en cours, engendre donc des modifications importantes de la législation actuelle et repousse au niveau régional la détermination des critères devant présider à l'allocation infrarégionale des ressources.

Ce scénario apparaît séduisant à ceux qui souhaitent non seulement une déconcentration des décisions en matière de santé, mais une décentralisation très poussée. Ceci pose des problèmes techniques importants : quels vont être les critères utilisés au niveau régional pour répartir l'enveloppe entre différentes actions et différentes structures : seront-ils uniques sur l'ensemble du territoire ou propres à chaque région ? En toute hypothèse, ne faut-il pas des règles nationales pour assurer le financement de l'hospitalisation publique ? Au-delà des aspects techniques, le scénario 4 pose surtout des questions politiques : quels seraient les pouvoirs et les fonctions de l'agence régionale de santé ? Un tel scénario peut-il se passer d'attributions nouvelles données aux assemblées régionales élues ?

Quoi qu'il en soit, l'exposé de ce scénario stimule la réflexion sur les avancées pouvant être proposées en matière de régionalisation du système de santé.

Le choix entre ces divers scénarios relève de considérations **autant politiques que techniques**. Il appartient donc aux instances en charge de la décision d'exprimer leurs préférences sur ce point.

Le début d'un processus

Au terme de ce rapport, il convient de resituer l'allocation régionale des ressources et son objectif de réduction des inégalités dans l'ensemble de son contexte et dans le processus dynamique qui devrait en accroître l'ampleur et l'efficacité.

- En premier lieu, il faut redire que la péréquation des dépenses ne constitue **qu'un des instruments de répartition** inter- et intrarégionale des ressources. On a cité à cet égard l'ensemble des dispositifs touchant au nombre, à la répartition et au financement tant des professionnels de santé que des installations sanitaires, des équipements, voire des activités. On ne peut donc faire reposer tout l'objectif de réduction des inégalités, ne serait-ce que de l'offre de soins, sur le seul mécanisme de répartition interrégionale des ressources. Ce dernier doit s'insérer dans un dispositif beaucoup plus large.
- En second lieu, il importe de miser sur une **montée en charge progressive** de tout un processus qui est en train de naître au niveau régional.

Ce processus est lié tout d'abord à la mise en place des institutions et des dispositifs issus du renforcement du poids de la région. À cet égard, un chantier passionnant s'ouvre : on ne peut prévoir l'ampleur des bouleversements qu'il va entraîner dans les conceptions et les comportements. On ne peut que fonder des espoirs sur le mouvement qui se développe dans les régions : travail des conférences régionales de santé, des ARH, des Urcam, des ORS, des URML (cf. p. 67) ; mise en place d'outils (PMSI) mesurant les activités, meilleure connaissance des besoins ; définition des contrats pluriannuels sur la base des Sros et d'une politique de santé publique intrarégionale ; possibilité, en lien avec les expérimentations prévues par la réforme, d'élaborer de nouvelles organisations de soins, voire de nouvelles règles de financement ; mise en place d'actions d'évaluation et d'accréditation.

Une seconde montée en régime est susceptible de se produire dans le cadre de la pérennisation des dispositifs d'allocation régio-

nale des ressources, en particulier si le scénario de péréquation retenu instaurait le principe d'une enveloppe spécifique dont le montant pourrait aller grandissant.

Les améliorations, les infléchissements ou les évolutions lourdes proposées dans ce rapport ne peuvent que renforcer le mouvement pragmatique et progressif qui s'est mis en œuvre dans les régions en vue de réduire les inégalités de productivité, d'offre de soins, voire d'états de santé.

L I S T E D E S A N N E X E S

Annexe I	Composition du groupe de travail et personnalités auditionnées.	79
Annexe II	Extraits du rapport du HCSP à la CNS 1997 Les indicateurs d'état de santé et de besoins : disponibilités actuelles et souhaits de nouveaux indicateurs.	81
Annexe III	Extraits du rapport du HCSP à la CNS 1997 Définition du domaine des prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources.	95
Annexe IV	D. Fontaine (Fnors) Corrélations observées entre les indicateurs de santé concernant le thème « Mère-enfant » et les indicateurs socio-démographiques des populations régionales.	99
Annexe V	Ph. Crépon (Cnamts), E. Hauet (Ined) rapporteurs, en collaboration avec A. Jourdain (ENSP), G. Salem (Mire), F. Tonnellier (Crédes). La prise en compte des états de santé et des besoins de soins des populations dans l'allocation des ressources.	113
Annexe VI	G. de Pourvoirville (Groupe Image) Apports et limites du PMSI dans l'analyse des inégalités interrégionales d'offre de soins.	135
Annexe VII	Extraits du rapport du HCSP à la CNS 1997 et simulation réalisée par A. Jourdain (ENSP) et E. Hauet (Ined) Expériences étrangères d'allocation de ressources et applications de la formule RAWP aux prestations d'assurance maladie.	143
Annexe VIII	P. Genier (SDAM) rapporteur, en collaboration avec Ph. Crépon (Cnamts) et V. Lucas (Crédes) Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en 1997 : une présentation critique.	155
Annexe IX	R. Cash (Cnamts) Détermination d'une enveloppe spécifique destinée à des actions ciblées sur des priorités de santé publique.	177
Annexe X	B. Garros (HCSP) La généralisation de la démarche qualité, facteur de réduction des inégalités de santé.	181

Annexe I Composition du groupe de travail et personnalités auditionnées

Président

Jean-Claude Sailly, HCSP

Membres

Gérard Badeyan, Sesi
Dominique Baubeau, Sesi
Étienne Caniard, HCSP
Roland Cash, Cnamts
Philippe Crépon, Cnamts
Valérie Delahaye, DH
Danièle Fontaine, Fnors
Patrick Gardeur, DGS
Bertrand Garros, HCSP
Loïc Geffroy, ARH de Franche-Comté
Pascale Genier, SDAM
Éric Hauet, Ined
Alain Jourdain, ENSP, Rennes
Thérèse Lebrun, Cresge, Lille
Alain Letourmy, Mire
Martial Mettendorf, DH
Christine Meyer, FNMF
Dominique Polton, Crédes
Gérard de Pouvoirville, Groupe Image
Gérard Salem, Mire
François Tonnellier, Crédes
Jean Vinas, DSS

Coordination

Lucie Degail, secrétariat général du HCSP

Personnes auditionnées en séance plénière

Gérard Dumont, directeur de l'ARH du Nord-Pas-de-Calais
Michel Euriat, directeur de la Prévision, de l'Évaluation et de la Prospective au ministère de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie.

Annexe II Les indicateurs d'état de santé et de besoins : disponibilités actuelles et souhaits de nouveaux indicateurs

Dans le cadre de ce rapport, on ne prétend pas donner une liste, soit exhaustive, soit argumentée, des différents indicateurs disponibles ou souhaitables dont on dispose ou dont il faudrait disposer au niveau régional pour procéder à une allocation des ressources. L'objectif visé ici est double : présenter quelques exemples permettant de se faire une idée de ces indicateurs ; donner un ordre de grandeur des inégalités constatées au niveau régional.

Les indicateurs disponibles

Nous avons opéré un choix parmi les indicateurs régionaux disponibles. On présentera successivement des indicateurs de mortalité : mortalité générale et mortalité liées à certaines causes, dont plusieurs soulignent le rôle de facteurs de risque comportementaux, enfin, des indicateurs de besoins concernant certaines catégories de populations (personnes âgées, adultes handicapés).

Les disparités entre régions mises en évidence par ces indicateurs ont été présentées par la Fnors dans son dernier rapport¹ et par le rapport du HCSP sur *La santé des Français 1996*. Elles ne constituent donc pas une nouveauté, mais elles démontrent avec force qu'il convient de mener des politiques différenciées sur le territoire. De plus, les problèmes mis en évidence ne concernent pas de la même façon les différentes institutions et les différents financeurs : les personnes âgées et adultes handicapés relèvent du système de soins, mais aussi des collectivités locales ; l'alcoolisme, le tabagisme, les accidents de la circulation peuvent être combattus par une politique de prévention et d'éducation pour la santé, qui n'est pas de la seule responsabilité des professionnels de santé.

1. Fnors, *La santé observée dans les régions de France*, février 1997.

Les indices de mortalité (toutes causes de décès confondues)

Indices comparatifs de mortalité générale

L'inégalité géographique devant la mort (figurée dans les cartes 1) est importante. En éliminant les effets de structure par âge, la population du Nord-Pas-de-Calais subissait, en 1988-1990 la plus forte mortalité de France. L'indice comparatif de mortalité (ICM) atteint des niveaux records dans cette région. Chez les femmes, l'indice était de 17 % plus élevé que celui de la moyenne française et de + 24 % par rapport à Poitou-Charentes. Chez les hommes, l'indice était de + 25 % par rapport à la moyenne nationale et de + 36 % par rapport à Midi-Pyrénées. Il faut signaler que deux départements d'outre-mer, la Guyane et la Réunion, présentent une surmortalité supérieure à celle du Nord-Pas-de-Calais.

Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

Indices comparatifs de mortalité prématurée

L'espérance de vie à la naissance dépassant actuellement 72 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes, les décès survenant avant 65 ans sont, pour les besoins des comparaisons internationales, qualifiés de « prématurés ». Ils concernent environ 120 000 personnes chaque année en France, soit 23 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (30 %) que chez les femmes (15 %).

Les décès prématurés (carte 2) sont plus fréquents dans la moitié nord du pays que dans la moitié sud, pour les hommes comme pour les femmes. L'écart entre les régions est très important : la surmortalité dans le Nord-Pas-de-Calais est de l'ordre de 30 %, et, à l'opposé, la sous-mortalité en Midi-Pyrénées atteint 23 % chez les hommes et 15 % chez les femmes.

Environ 55 % des décès « prématurés » sont « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, ces décès sont dus à des causes qui devraient rarement entraîner la mort avant 65 ans. Le poids des décès « évitables » par le système de soins est relativement constant selon les régions. Cela semblerait signifier qu'il y aurait peu d'inégalités entre régions, liées au système de soins. En revanche, le poids des autres décès « évitables » (dus aux comportements individuels) varie de façon importante entre les régions.

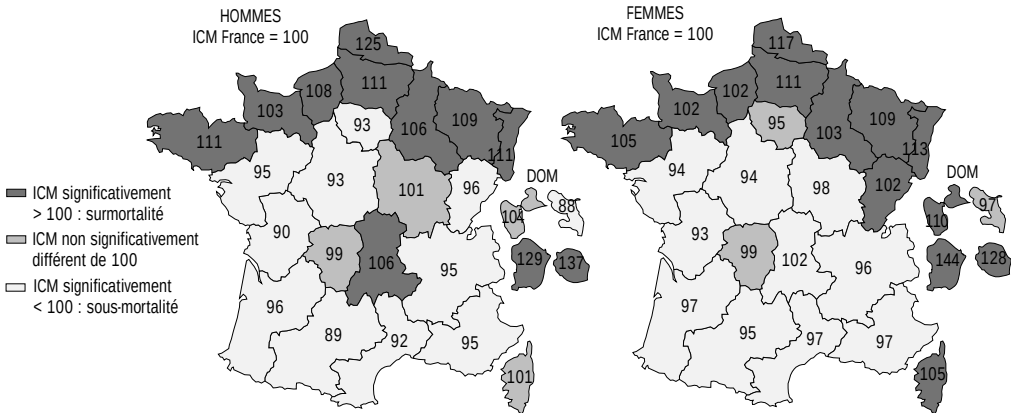
Les indices de mortalité pour quelques grandes causes de décès

On retiendra uniquement dans ce domaine l'exemple de la mortalité due à des affections cardio-vasculaires. On reproduit ici les cartes de mortalité liées à ces maladies.

En France comme dans tous les autres pays développés, les affections cardio-vasculaires sont la principale cause de décès, provoquant environ 178 000 décès par an. Mais, depuis une vingtaine d'années, la mortalité due à ces affections diminue.

La plupart des décès concernent des personnes âgées, mais, cependant, environ 20 000 décès touchent des personnes de moins de 65 ans et entrent par convention dans la définition des décès « prématurés ».

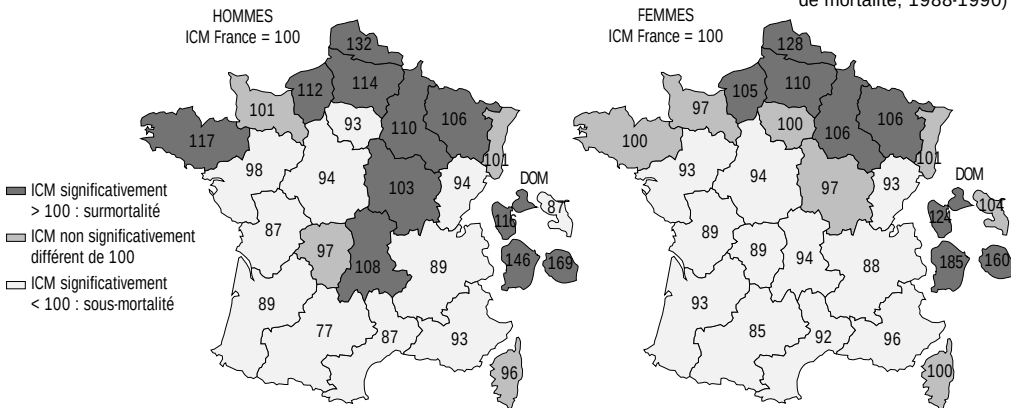
Carte 1 :
Mortalité générale
Hommes et Femmes
(indice comparatif
de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux.

Source : Inserm, Insee. Exploitation Fnors.

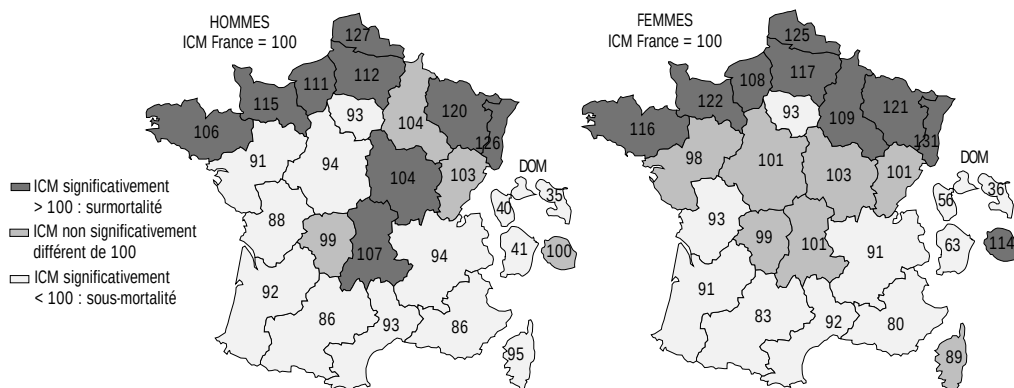
Carte 2 :
Mortalité prématurée
Hommes et Femmes
(indice comparatif
de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux.
Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés.

Source : Inserm, Insee. Exploitation Fnors.

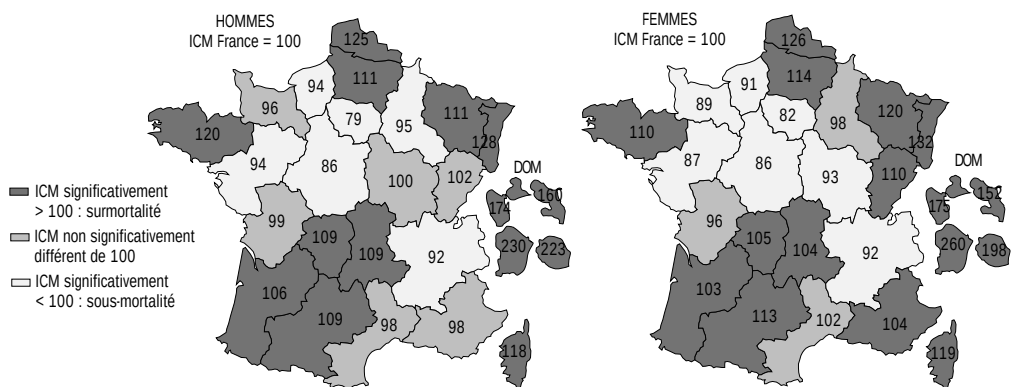
Carte 3 :
Cardiopathies ischémiques (infarctus)
(indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés.

Source : Inserm, Insee. Exploitation Fnors.

Carte 4 :
Maladies cérébro-vasculaires
(Indices comparatifs de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés.

Source : Inserm, Insee. Exploitation Fnors.

Les affections cardio-vasculaires regroupent un grand nombre de pathologies mais deux catégories représentent plus de la moitié des décès : les cardiopathies ischémiques (dont les infarctus) et les maladies cérébro-vasculaires.

La mortalité due à ces deux catégories d'affections ne présente pas la même répartition géographique.

La mortalité par cardiopathies ischémiques (carte 3) est plus élevée dans la moitié du nord du pays. Chez les hommes, comme chez les femmes, on observe dans le Nord-Pas-de-Calais et en Alsace une surmortalité de 25 à 30 % par rapport à la valeur centrale. À l'opposé, dans les régions Midi-Pyrénées et PACA, la sous-mortalité est de l'ordre de 15 à 20 % chez les hommes et chez les femmes. Les départements d'outre-mer (DOM) sont beaucoup moins touchés (sauf la Réunion) par ces pathologies.

Ces causes de décès sont en diminution : le taux de mortalité a baissé d'environ 14 % entre 1981-1983 et 1988-1990, chez les hommes comme chez les femmes.

Pour les maladies cérébro-vasculaires (carte 4), les régions en surmortalité sont beaucoup plus dispersées, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace sont toujours les régions en surmortalité la plus élevée (ainsi que le Sud-Ouest), mais c'est l'Île-de-France qui présente la sous-mortalité la plus marquée. D'autre part, le quart Sud-Ouest apparaît plus touché par ces affections qu'il ne l'est par les cardiopathies ischémiques.

Dans les départements d'outre-mer (DOM), la mortalité par maladies cérébro-vasculaires est beaucoup plus élevée, dépassant très largement celle du Nord-Pas-de-Calais.

La mortalité liée à ces pathologies a fortement baissé entre 1981-1983 et 1988-1990, d'environ 35 % chez les hommes et les femmes.

Les indicateurs de facteurs de risque

Ici encore, ces facteurs sont mesurés par le nombre de décès qu'ils provoquent.

Alcoolisme et tabagisme

La consommation excessive d'alcool et/ou de tabac a des conséquences parfois graves sur la santé : plus de 80 000 décès annuels en France sont liés à ces comportements (25 000 pour l'alcool et 60 000 pour le tabac) même si les liens de causalité ne sont pas toujours bien établis.

Malgré une baisse de la consommation d'alcool, particulièrement des consommations excessives, les décès dus à l'alcoolisme concernent, chaque année, environ 20 000 hommes et 5 000 femmes (période 1988-1990). Il s'agit de décès dus à des cirrhoses du foie, à des psychoses alcooliques et à des cancers des voies aérodigestives supérieures, ces derniers pouvant être également dus au tabac.

L'exemple de la mortalité par cirrhose du foie (rappelons cependant que cette catégorie inclut les cirrhoses non alcooliques) montre une France

coupée en deux, avec une moitié nord beaucoup plus frappée par cette mortalité que la moitié sud (carte 5). Le Nord-Pas-de-Calais présente une surmortalité très forte : + 80 % chez les hommes et + 130 % chez les femmes, par rapport à la moyenne nationale. La Haute-Normandie vient ensuite avec environ 40 % de surmortalité. Puis, les régions Bretagne, Champagne-Ardenne, Lorraine, Picardie sont les plus touchées avec 15 à 30 % de surmortalité.

À l'opposé, les régions du Sud sont en nette sous-mortalité : Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, PACA. La région Midi-Pyrénées est la moins touchée avec une sous-mortalité de 40 % chez les hommes et 50 % chez les femmes. Dans les départements d'outre-mer, seule la Réunion présente une surmortalité par cirrhose du foie.

Pour le tabac, les évolutions sont différentes selon le sexe : la consommation diminue chez les hommes et elle augmente chez les femmes. La mortalité reste cependant élevée chez les hommes, avec 55 000 décès par an. Chez les femmes, le nombre de décès est beaucoup moins élevé (5 000 décès). Le cancer du poumon (qui est dans la plupart des cas en lien direct avec la consommation de tabac), notamment, tue chaque année près de 20 000 hommes et 3 000 femmes (période 1988-1990).

Pour la mortalité par cancer du poumon (carte 6), la partie Nord-Est du pays est particulièrement touchée. Chez les hommes, le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine sont particulièrement touchés, présentant une surmortalité de près de 40 % par rapport à la moyenne nationale. Chez les femmes, c'est en Île-de-France (+ 38 %) et en Alsace (+ 24 %) que la mortalité est la plus élevée. Les départements d'outre-mer sont beaucoup plus épargnés par cette cause de mortalité.

Cette situation chez les femmes traduit un comportement des femmes d'Île-de-France surtout, mais aussi d'Alsace (et également de PACA en Lorraine), de consommation excessive de tabac depuis plusieurs décennies.

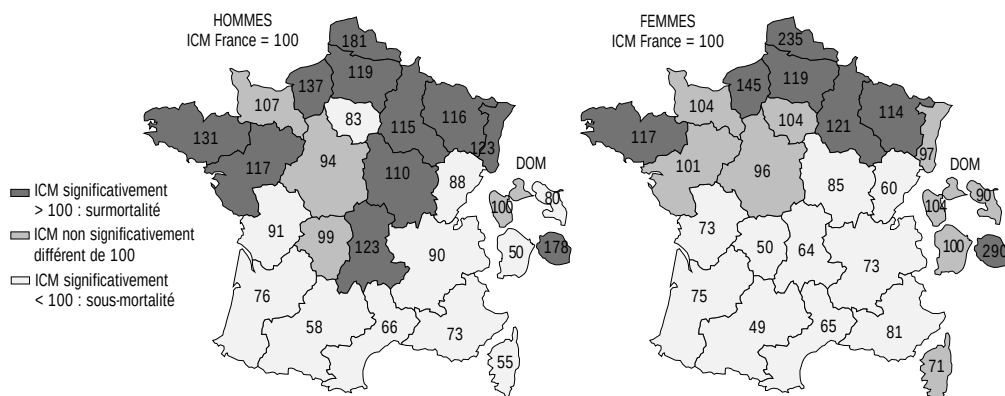
Accidents de la circulation

En ce qui concerne les accidents de la circulation, on note une diminution du nombre de tués (9 000 par an en France en 1991-1994) et de blessés graves (44 000) dans toutes les régions depuis plus de dix ans.

La mortalité par accident de la circulation touche beaucoup plus les hommes que les femmes. Le taux de mortalité pour 100 000 personnes est près de quatre fois plus élevé pour les hommes (26) que pour les femmes (7), et cet écart très important se maintient depuis deux décennies. La mortalité par accident de la circulation varie considérablement d'une région à l'autre et présente des aspects différents de la mortalité par alcoolisme (carte 7).

Pour les hommes, 4 régions présentent une sous-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale : l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace et la Lorraine. À l'inverse, 11 régions présentent une nette surmortalité qui atteint un maximum en Languedoc-Roussillon où elle est supérieure de 41 % à la moyenne nationale.

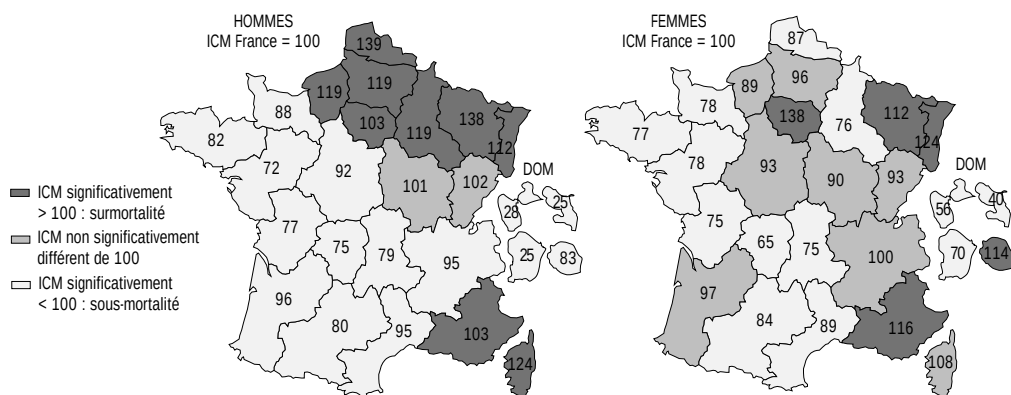
Carte 5 :
Cirrhose du foie
(Indices comparatifs
de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés.

Source : Inserm, Insee. Exploitation Fnors.

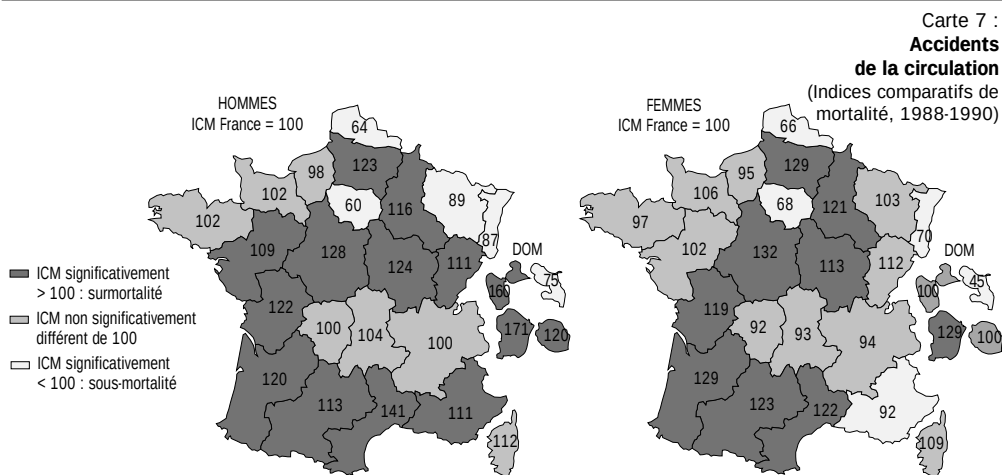
Carte 6 :
Cancer du poumon
(Indices comparatifs
de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux.

Source : Insee. Exploitation Fnors.

La situation est très semblable chez les femmes : 4 régions sont en sous-mortalité (Alsace, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et PACA) et 8 en surmortalité, avec un maximum dans le Centre. Les départements d'outre-mer (DOM) présentent une surmortalité, à l'exception de la Martinique en nette sous-mortalité.



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés.

Source : Inserm, Insee. Exploitation Fnors.

Suicide

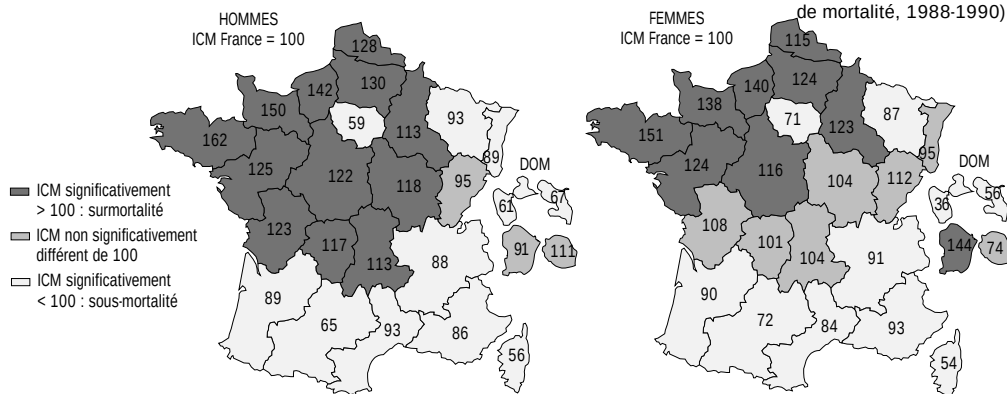
Depuis le début des années quatre-vingt, les décès par suicide (11 600 par an, en 1988-1990) dépassent en nombre les décès par accident de la circulation (9 000).

La mortalité par suicide concerne beaucoup plus fréquemment des hommes et augmente nettement avec l'âge. Elle est plus importante dans un large quart nord-ouest du pays (carte 8). Les régions les plus touchées sont la Bretagne et la Normandie, où la mortalité, chez les hommes et les femmes, dépasse de 40 à 60 % la moyenne. Viennent ensuite les régions Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Centre, Poitou-Charentes avec des surmortalités chez les hommes de 20 à 30 %.

Dans plusieurs régions, la mortalité par suicide est beaucoup moins fréquente : l'Île-de-France notamment présente une sous-mortalité de 40 % chez les hommes et 30 % chez les femmes. Les autres régions en sous-mortalité sont en général les régions du Sud, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA et Corse notamment. Les départements d'outre-mer (DOM) sont en sous-mortalité pour la Guadeloupe et la Martinique et se rapprochent de la moyenne nationale pour la Guyane (sauf les femmes en surmortalité) et la Réunion.

Carte 8 :
Suicide

(Indices comparatifs
de mortalité, 1988-1990)



Nota : L'indice comparatif de mortalité est le rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent être comparés.

Source : Inserm, Insee, Exploitation Fnors.

Les indicateurs concernant des catégories spécifiques

On traitera des personnes âgées et des adultes handicapés, les indicateurs utilisés pour mesurer les besoins pouvant, cette fois, être dans une certaine mesure les services mis en œuvre ou le nombre d'allocataires.

Les personnes âgées

L'effet conjoint de la baisse de la fécondité depuis les années soixante-dix et de l'augmentation de la durée de vie mène à un vieillissement de la population. En 1990, la France métropolitaine compte 11 millions de personnes de plus de 60 ans, dont 4 millions de plus de 75 ans (celles-ci n'étaient que 2 millions en 1962). Les projections démographiques prévoient plus de 5,6 millions de personnes de 75 ans ou plus en 2010.

Actuellement, la plupart des personnes de plus de 75 ans vivent à domicile et 38 % y vivent seules. Les taux de personnes de plus de 74 ans vivant seules à domicile varient d'ailleurs fortement d'une région à une autre : plus de 40 % dans le Nord-Ouest, aux alentours de 30 % dans le Sud-Ouest (carte 9). Pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées, notamment les personnes dépendantes, les services d'aide à domicile et les structures d'hébergement collectif se sont développés depuis la fin des années soixante-dix.

L'exemple est pris ici (carte 10) des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées qui traduit une partie des « besoins » en soins infirmiers et d'hygiène de la population âgée. Rappelons en effet que beaucoup d'infirmières libérales assurent également ces prestations.

Tableau I
Disparités de dotation de personnels et de services entre régions les mieux dotées
et régions les moins bien dotées

Nature de l'offre	Année	Régions les moins bien dotées				Moyenne nationale	Régions les mieux dotées				Rapport mieux dotées moins dotées
Généralistes (/100 000 hab.)	1995	Centre H. N.	118,5 118,7	Pic. Ch. A.	124,5 128,4	148,4	L. R. M. P.	166,4 167,3	IdeF PACA	167,8 181,1	1,53
Spécialistes (/100 000 hab.)	1995	Pic. Bourg.	94,8 103,6	B. N. Auv.	105,8 110,2	146,4	L. R. M.P.	155,4 158,4	PACA IdeF	191,9 206,0	2,17
Médecins (/100 000 hab.)	1995	Pic. Centre	216,3 232,5	B. N. H. N.	234,4 235,6	294,8	L. R. M. P.	321,7 325,7	PACA IdeF	373,0 373,8	1,73
Chir.-dent. libéraux (/100 000 hab.)	1994	H. N. B. N.	36,8 39,3	NPDC Pic.	39,9 40,5	63,2	IdeF M. P.	75,8 78,2	L. R. PACA	80,3 89,3	2,42
Pharmaciens officine (/100 000 hab.)	1994	Als. H. N.	30,7 34,9	Lorr. Pic.	37,1 38,5	45,3	L. R. Corse	58,3 63,8	Lim. Lim.	63,9 63,9	1,83
Sages-femmes (/100 000 femmes 15-49 ans)	1994	Pic. IdeF	59,0 64,5	Lim. Centre	70,4 72,2	82,3	R. A. Als.	103,1 103,2	L. R. Lorr.	103,3 118,8	2,01
Infirmiers libéraux (/100 000 hab.)	1994	Lorr. IdeF	48,0 48,6	Fr. C. Als.	48,9 50,9	79,6	M. P. PACA	137,5 142,2	Corse L. R.	159,8 197,0	4,1
Infirmiers (/100 000 hab.)	1994	NPC Pic.	334,9 353,7	Loire Centre	380,0 386,4	472,1	Paca Lim.	552,5 578,9	M. P. L. R.	597,7 604,4	1,8
Infirmiers psychiatriques (/100 000 hab.)	1994	H. N. Corse	67,1 76,6	NPC IdeF	79,8 82,0	101,6	Lorr. Auv.	128,9 137,9	Lim. Bret.	151,8 166,5	2,5
Masseurs-kiné. libéraux (/100 000 hab.)	1994	Fr. C. Lorr.	34,4 34,7	B. N. Pic.	37,3 38,2	58,3	IdeF Corse	69,6 82,4	L. R. PACA	87,5 94,5	2,7
Lits médecins (/1 000 hab.)	1994	H. N. NPC	1,8 1,9	Loire Centre	1,9 1,9		Als. Lorr.	2,5 2,7	Lim. Corse	2,7 2,8	1,56
Lits chirurgie (/1 000 hab.)	1994	Pic. P. Ch.	1,5 1,7	NPC Loire	1,7 1,7		Lim. Lorr.	2,3 2,3	IdeF Corse	2,4 2,4	1,60
Lits gynéco-obstétrique (/1 000 hab.)	1994	Centre L. R.	0,39 0,39	Lim. P. Ch.	0,40 0,42		Corse B. N.	0,54 0,55	Lorr. Fr. C.	0,57 0,59	1,51
Lits long séjour (/1 000 hab. > 74 ans)	1994	Paca Corse	28 31	IdeF Aqu.	44 46		Lim. R. A.	72 74	Auv. Als.	81 86	3,07
Nb places hébergement collectif (/1 000 hab. > 74 ans)	1994	Corse PACA	60 127	L. R. Lim.	133 144	174	Bret. B. N.	219 219	Loire H. N.	240 254	4,23

Abréviations:

Als. : Alsace
 Aqu. : Aquitaine
 Auv. : Auvergne
 B. N. : Basse-Normandie
 Bret. : Bretagne
 Ch. A. : Champagne-Ardenne

Fr. C. : Franche-Comté
 H. N. : Haute-Normandie
 IdeF : Île-de-France
 L. R. : Languedoc-Roussillon
 Lim. : Limousin
 Lorr. : Lorraine

M. P. : Midi-Pyrénées
 NPC : Nord-Pas-de-Calais
 Pic. : Picardie
 P. Ch. : Poitou-Charentes
 PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
 R. A. : Rhône-Alpes

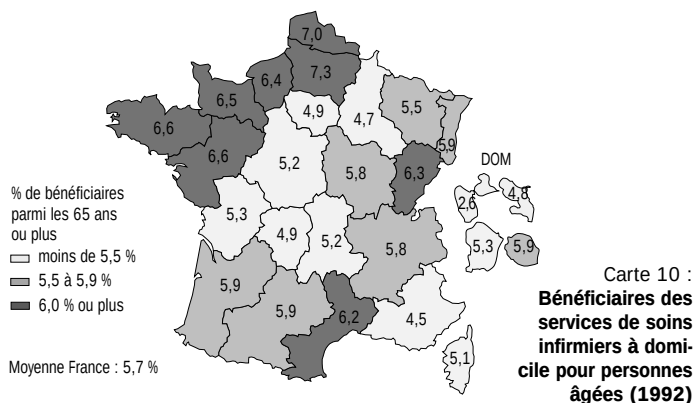
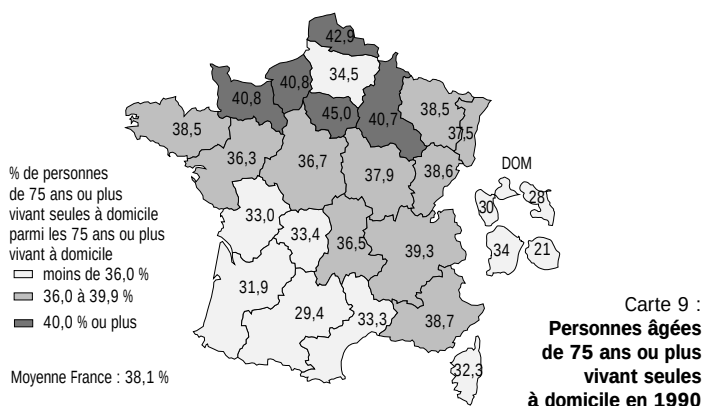
Sources : Sesi, répertoire Adeli, Insee.

Le nombre de bénéficiaires de ces services était de 45 000 en 1992, ce qui représente 0,55 % des personnes de 65 ans ou plus. Les variations sont importantes entre régions, allant de 0,2 % des plus de 65 ans en Corse à 0,9 % en Limousin.

On observe des taux élevés dans le Nord-Pas-de-Calais et en Picardie, où cependant le poids de la population âgée est moins important qu'ailleurs, mais où une part importante de cette population vit seule, ce qui engendre des besoins plus importants de services.

Un autre groupe de deux régions a un taux élevé, la Bretagne et les Pays de la Loire, régions un peu plus « âgées » et qui ont également un équipement élevé en services d'aide ménagère pour personnes âgées et en structures d'hébergement collectif.

Les deux autres régions qui ont un taux élevé sont les régions les plus « vieilles » de France, le Limousin et Midi-Pyrénées (respectivement 11 % et 9 % de personnes de plus de 75 ans, contre 7 % en moyenne en France).



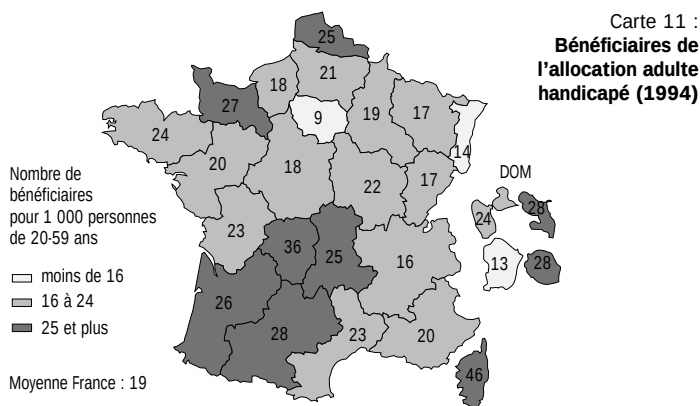
Mais, d'autres régions ayant une forte proportion de personnes âgées ont peu de services de soins infirmiers pour personnes âgées (PACA, Corse, Aquitaine).

Enfin, les départements d'outre-mer (DOM) sont peu équipés dans ce type de service. Rappelons que beaucoup de personnes âgées vivent à domicile, souvent en famille, en raison d'une tradition de solidarité encore très présente dans les DOM.

Les adultes handicapés

Au 1^{er} janvier 1994, environ 580 000 personnes bénéficient de l'allocation adulte handicapé. Les différences régionales (carte 11) dans les taux de bénéficiaires de cette allocation, versée sous conditions de ressources, résultent en partie des différences de niveau de vie entre régions. La Corse et le Limousin ont un taux supérieur à 35 pour 1 000 personnes (de 20-59 ans), alors que l'Île-de-France et l'Alsace ont un taux inférieur à 15. Outre-mer, deux départements atteignent un taux de 28 pour 1 000 (Martinique et Réunion), les autres étant plus proches de la moyenne métropolitaine.

Au total, les indicateurs dont nous disposons permettent donc d'affirmer qu'il existe des inégalités fortes en matière de santé et de facteurs de risque pesant sur cette dernière. D'autres indicateurs pourraient, à l'avenir, améliorer ces connaissances. Auparavant, on souhaite attirer l'attention sur l'intérêt et les imperfections d'indicateurs se situant uniquement au niveau régional.



Source : Cnaf, Caisse centrale mutualité sociale agricole (Ccmsa), Insee, Exploitation Fnors.

Les capacités d'offre disponibles selon les régions

L'inégale répartition de l'offre de soins au niveau interrégional est maintenant bien connue : elle a fait l'objet d'un exposé très complet dans le rapport du HCSP *La Santé en France 1996*². Dans le tableau I, on résume l'information contenue dans ce document en repérant, pour chaque type d'offre, les régions les mieux dotées et celles les moins bien dotées. On notera cependant que les chiffres fournis ne sont pas corrigés de la structure par âge. Ce tableau illustre de grandes disparités que l'on peut résumer à grands traits : une dotation plus importante de la région Sud, de l'Alsace et de l'Île-de-France en médecins, en particulier en spécialistes ; une dotation plus importante du Sud et de l'Ouest pour les infirmiers libéraux, du Sud, de l'Île-de-France, du Centre, de l'Ouest et de l'Est pour les chirurgiens-dentistes, du Sud et de l'Est pour l'hospitalisation de courte durée, de l'Ouest et de l'Alsace pour l'hébergement collectif.

Naturellement, ces données globales peuvent être affinées et l'on en trouve des illustrations dans le rapport de la Fnors (*La Santé observée dans les régions de France, 1997*). À titre d'exemple, on retiendra les disparités suivantes entre la région la moins dotée et la région la plus dotée :

Pédiatres (pour 100 000 enfants 0-15 ans)	NPC : 11,3	PACA : 40,1	France : 25,7
Radiologues (pour 100 000 habitants)	BN : 5,6	PACA : 13,0	France : 8,3
Chirurgiens (pour 100 000 habitants)	Pic. : 3,8	PACA : 9,1	France : 6,5
Psychiatres (pour 100 000 habitants)	NPC : 3,5	PACA : 17,3	France : 7,5
Lits/places en psychiatrie infanto-juvénile (pour 100 000 enfants 0-16 ans)	NPC : 0,5	Corse : 1,5	France : 0,9
Nombre de femmes (15-44 ans) par gynécologue obstétricien	Alsace : 1 906	Loire : 4 646	France : 3 009
Nombre d'enfants (moins de 16 ans) par généraliste	Pic. : 208	M. P. : 117	France : 152

2. Haut Comité de la santé publique, *La Santé en France 1996*, La Documentation Française, 1996 : 101-140.

Annexe III Définition du domaine des prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources

Si l'on définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, la part des activités consacrées à la santé d'une population recouvre une partie importante des ressources du pays considéré, ce qu'atteste l'analyse des déterminants des états de santé. Parmi ceux-ci, en effet, il est d'usage¹ de repérer : des facteurs génétiques, démographiques (âge et sexe) économique-socio-culturels (niveau et écarts de revenus, niveau d'instruction, degré de cohésion sociale, activité professionnelle, répartition par catégories sociales, valeurs dominantes), environnementaux (pollution, habitat, type de profession), comportementaux (nutrition, exercice physique, tabagisme, alcoolisme, drogue) et, enfin, le système de soins.

La question se pose donc du repérage des facteurs qui ont un impact direct ou indirect sur l'état de santé des populations et de la décision de les prendre en compte (ou non) dans l'allocation des ressources envisagée. Autrement dit, il s'agit de définir les frontières du système (de santé, de soins ?) pour lequel on envisage un système de péréquation au niveau régional. Si l'on s'en tient à la définition du système de santé² tel qu'il est défini par l'OMS (l'ensemble des éléments nécessaires pour satisfaire la totalité des besoins de la population en matière de santé), les frontières du système de santé s'étendent quasiment jusqu'au système social tout entier, ce qui conduit à une approche, certes globale, mais non opératoire.

Différentes frontières envisageables

Une acception moins large que la précédente consiste à définir le système de santé comme « l'ensemble des moyens et des activités dont la fonction est la production de la santé (promotion, prévention, réparation, rééducation, réinsertion)³ ».

1. Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, Rapport général 1994 : 1-34 ; Annexes : travaux des groupes thématiques, 1994:451-490.

2. Le système de santé est plus large que le système de soins. Dans cette partie du rapport, on envisage plusieurs champs possibles, qui vont du système de **santé** étendu au sens le plus large (selon la définition de l'OMS) jusqu'au système de **soins** le plus étroit (quasiement uniquement les aspects curatifs).

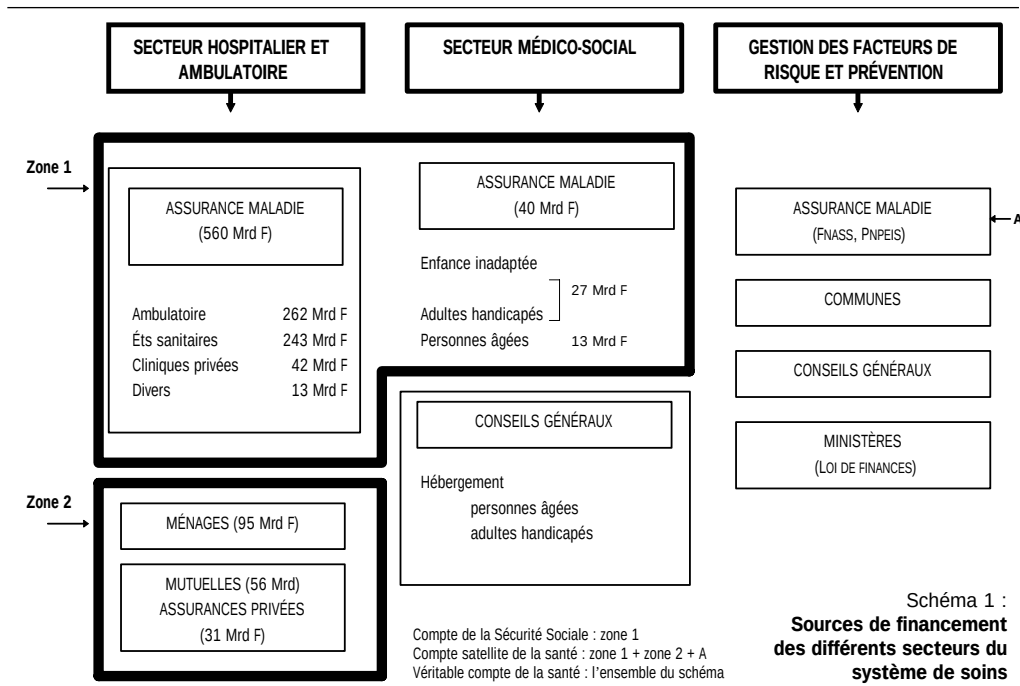
3. Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, Rapport général 1994, p. 26.

À l'aide du schéma 1, essayons de voir comment, dans le système français, les ressources consacrées au système de santé ainsi considéré se répartissent en fonction de la nature des activités financées ainsi que la source, voire l'ampleur du financement accordé.

Dans le schéma 1, on visualise la façon dont sont financés : la prévention et la gestion des facteurs de risque (partie droite du schéma) ; le secteur sanitaire (essentiellement curatif) hospitalier et ambulatoire (partie gauche) ; le secteur médico-social (partie centrale). On voit ainsi que la prévention et la lutte contre les facteurs de risque sont financées très peu par l'assurance maladie, mais essentiellement par des sources ministérielles ou interministérielles (santé, environnement, éducation, travail, industrie, logement...), par les conseils généraux ou les communes.

Le secteur médico-social, que J.-C. Henrard et J. Ankri évaluent à 132 milliards de francs⁴, pour ce qui est des prestations spécifiques clairement identifiées, est financé, à concurrence de 40 milliards de francs, par l'assurance maladie, le reste étant assuré par l'État, les autres organismes de protection sociale et les collectivités locales.

Le secteur sanitaire, essentiellement curatif, est financé par les régimes de sécurité sociale (560 milliards de francs en 1995), les mutuelles



4. J.-C. Henrard, J. Ankri, *Systèmes et politiques de santé*, Éditions ENSP, 1996:124-125.

(56 milliards de francs), les assurances privées (31 milliards de francs) et par les ménages (95 milliards de francs).

Au-delà de cette lecture verticale du schéma 1 (par secteurs), une deuxième lecture peut être faite : par types de compte regroupant différents ensembles de dépenses consacrées à la santé. C'est ainsi que l'on peut repérer trois comptes (les deux premiers existant effectivement dans le contexte français), dont le domaine couvert va croissant :

- Le compte de la sécurité sociale, recouvrant la zone 1 : il comprend les dépenses remboursées par l'assurance maladie, soit au titre du secteur sanitaire, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, soit au titre du secteur médico-social ; il comptabilise, branche par branche, puis régime par régime, l'ensemble des recettes, cotisations et autres, et l'ensemble des dépenses, prestations et autres ; il correspond structurellement à la loi de financement de la sécurité sociale ;
- Le compte satellite de la santé (que l'on devrait plutôt appeler « compte des soins ») se limite à l'enregistrement des dépenses liées à la prévention et/ou au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Il inclut donc le secteur ambulatoire et hospitalier qu'il soit financé par l'assurance maladie (zone 1) ou par les ménages et les assurances complémentaires (zone 2) ainsi que la prévention financée par l'assurance maladie (zone A) mais exclut les activités du secteur médico-social non financées par elle (bas de la partie centrale). Ce compte devrait donc permettre de suivre l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, que ce soit les dépenses de prestations exécutées en ville ou celles effectuées en établissements (établissements sanitaires publics sous dotation globale et à prix de journée, cliniques privées, établissements médico-sociaux, pour la partie prise en charge par l'assurance maladie) ;
- Un véritable compte de la santé, qui n'est pas encore élaboré et que l'on pourrait appeler « compte de la santé élargie », comprenant l'ensemble des zones repérées précédemment. Ce compte permettrait de repérer l'essentiel des ressources mises en œuvre dans le système de santé.

Au terme de cette description, on mesure l'étendue des différentes configurations que peut revêtir le système de santé et donc l'étendue ainsi que la diversité des ressources servant à le financer et dont il faut prévoir la répartition sur le territoire. Dans une perspective de santé publique, mettant l'accent sur l'action sur les déterminants, sur la prévention et sur la prise en charge globale de la maladie, du handicap et de la santé, il serait intéressant de retenir une définition aussi large que possible du système de santé et donc une prise en compte aussi étendue que possible des différentes ressources consacrées à ce système. Ce souhait se heurte à un certain nombre de contraintes qui obligent à adopter une acception très étroite du système de santé, ce dernier se restreignant au système de **soins**.

Une frontière opératoire

La contrainte essentielle est liée au contenu de la loi organique du 19 février 1996 et des trois Ordonnances du 24 avril 1996.

Les dispositions ainsi arrêtées concernent les ressources provenant quasi exclusivement de la seule assurance maladie. En effet, selon ces textes, le Parlement fixe annuellement, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie. Cet objectif national est ensuite décliné entre le secteur hospitalier et la médecine ambulatoire. Concernant le secteur hospitalier, sont déterminés un taux d'évolution national des dépenses hospitalières et, dans un accord spécifique avec l'assurance maladie et les fédérations des cliniques privées, un objectif quantifié national. Ensuite, chaque région se voit attribuer une dotation globale pour les établissements publics et privés participant au service public et un objectif quantifié pour les cliniques privées. Concernant la médecine de ville, l'objectif d'évolution des dépenses remboursables est repris dans des avenants annuels aux conventions pluriannuelles conclues entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale. Sur cette base, les caisses nationales de sécurité sociale négocient alors la répartition de cet objectif d'évolution entre les différentes activités de soins en ville.

Du fait de ces dispositions, le contenu des enveloppes dont il est prévu de les répartir régionalement, concerne trois types de dépenses :

- Les dépenses d'assurance maladie et d'État assurant le fonctionnement du système hospitalier public et PSPH (court séjour, moyen séjour, long séjour, psychiatrie) ;
- Les dépenses d'assurance maladie relatives au secteur hospitalier privé (ne participant pas au service public),
- Les dépenses de médecine de ville (dépenses liées aux médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, aux analyses, médicaments, cures thermales, transports sanitaires, lunetterie et orthopédie, ainsi qu'aux indemnités journalières).

Par rapport aux comptes de la santé, ne sont donc pas incluses dans ces enveloppes :

- Les dépenses de médecine préventive (14,7 milliards de francs en 1995) : médecine du travail, santé scolaire, protection maternelle et infantile, toxicomanie, planification familiale, examens de santé, certains dépistages, certaines vaccinations.
- Les dépenses de prévention collective (3,6 milliards de francs en 1995) : actions et recherches d'intérêt général, campagnes permanentes d'information et d'éducation sanitaire.

Encore convient-il de préciser que l'ensemble des ressources ainsi promises à allocation régionale ne sont pas réunies dans une unique enveloppe, mais qu'elles relèvent de deux instances de répartition : d'une part ce qui touche à l'hospitalisation publique et PSPH et qui est mis à disposition des agences régionales de l'hospitalisation ; d'autre part, ce qui concerne la médecine ambulatoire et qui est modulé par les partenaires conventionnels.

Annexe IV **Corrélations observées entre les indicateurs de santé concernant le thème « Mère-enfant » et les indicateurs socio-démographiques des populations régionales**

L'objectif de ce travail a été de réaliser une étude de faisabilité portant sur l'analyse des relations entre certains des indicateurs de santé issus du document publié par la Fnors en février 1997 et intitulé *La santé observée dans les régions de France*.

Les indicateurs choisis pour cette première analyse sont, d'une part, ceux du chapitre « Mère et enfant », et, d'autre part, les indicateurs des chapitres « Constat d'ensemble » et « Pauvreté-précarité » rendant compte de la situation démographique et sociale des populations régionales.

La démarche a consisté à tester toutes les corrélations possibles entre les indicateurs régionaux concernant la santé de la mère et de l'enfant et les indicateurs sociodémographiques. Sont présentées ici les principales corrélations positives ou négatives, significatives à 5 %, retrouvées lors de l'analyse qui a été effectuée sur le logiciel SPSS (méthode de coefficients de corrélations bivariées applicables à des variables quantitatives). Dans quelques cas sont signalées des corrélations moins significatives (à 10 %), lorsqu'elles confortent d'autres observations.

L'ensemble des constats sur les corrélations sont regroupés en trois chapitres, illustrés par des cartes :

- 1. La naissance** : fécondité, âge des mères, offre de soins ;
- 2. La santé de l'enfant** : mortalité, nombre d'enfants par médecin, vaccination ;
- 3. Le mode de garde des jeunes enfants** : assistantes maternelles, crèches.

Il faut préciser que les analyses effectuées portent sur des valeurs observées qui constituent des variables continues. Les cartes figurant dans ce document sont réalisées en utilisant des regroupements en trois classes, centrées le plus souvent sur la valeur moyenne nationale. Il peut donc ressortir une interprétation cartographique qui n'est pas toujours visuellement très lisible. Il n'en demeure pas moins que les liaisons retrouvées sont les plus significatives.

Enfin, il faut souligner que les corrélations entre variables ont été effectuées deux à deux : une variable à expliquer, une variable explicative. Certaines relations ainsi observées deux à deux peuvent en fait parfois découler de relations entre variables explicatives.

La naissance

Les naissances sont plus nombreuses dans les régions jeunes, ouvrières, et où l'espérance de vie est moins élevée que la moyenne

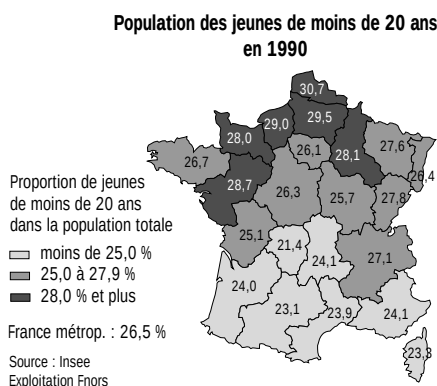
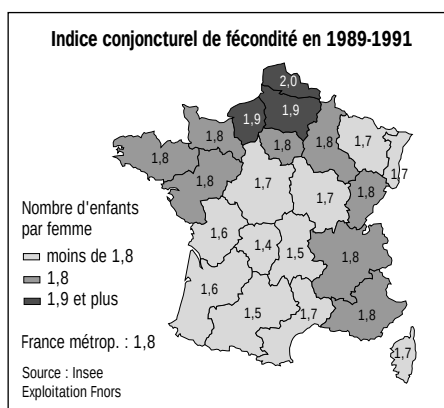
L'indice conjoncturel de fécondité (nombre d'enfants par femme) est essentiellement corrélé avec la proportion de population jeune (moins de 20 ans) dans la population totale. Une corrélation négative existe avec l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes.

On peut en outre noter qu'une corrélation significative à 10 % seulement est retrouvée avec la proportion de jeunes non diplômés, celle des ouvriers dans la population active et le niveau de mortalité.

Les exemples les plus frappants concernent les trois régions de la partie la plus au nord de la France : Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie.

On observe aussi ce même type de situation en Champagne-Ardenne et en Basse-Normandie.

Dans la moitié sud de la France, on observe souvent les situations inverses : moins de naissances, moins de population jeune et une espérance de vie supérieure à la moyenne chez les hommes et les femmes (Midi-Pyrénées, Aquitaine, Limousin par exemple).

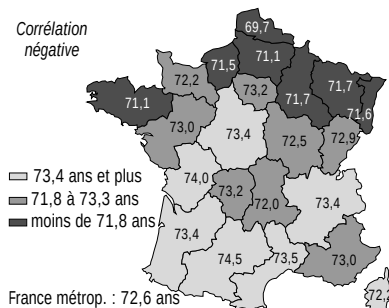


Dans les régions moins favorisées, les nombreuses naissances sont le fait de femmes plus jeunes qu'ailleurs

La fécondité des jeunes femmes de 20-24 ans est corrélée positivement avec l'importance de la population ouvrière et la proportion de jeunes non diplômés, et avec un niveau élevé de mortalité. On observe également une corrélation avec l'importance des bénéficiaires de l'allocation parent isolé et une forte proportion de personnes seules avec enfant parmi les bénéficiaires du RMI, ce qui traduit des situations sociales parfois difficiles.

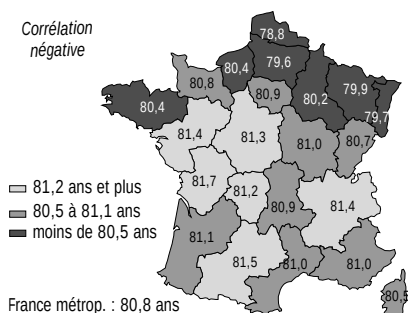
Espérance de vie à la naissance chez les hommes en 1990

Corrélation
négative



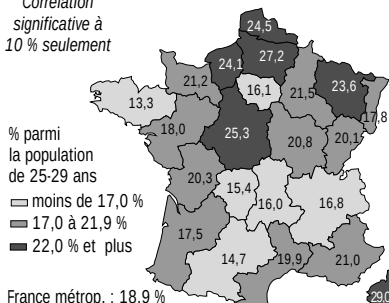
Espérance de vie à la naissance chez les femmes en 1990

Corrélation
négative



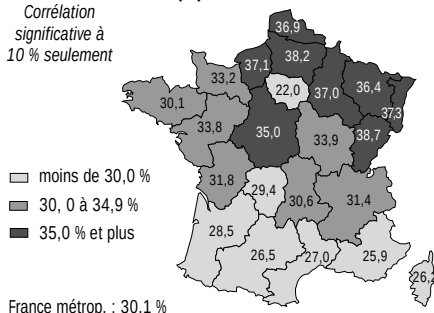
Proportion de non-diplômés chez les 25-29 ans en 1990

Corrélation
significative à
10 % seulement



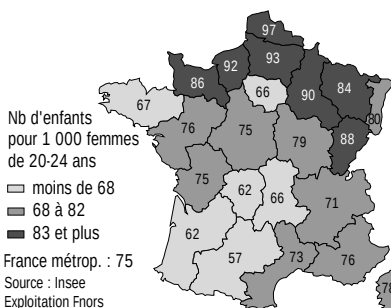
Proportion d'ouvriers dans la population active en 1990

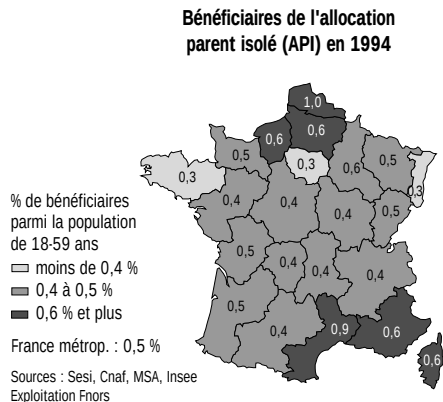
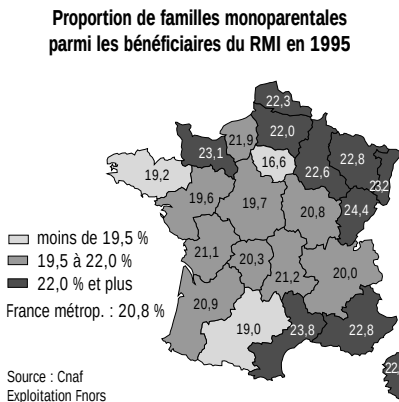
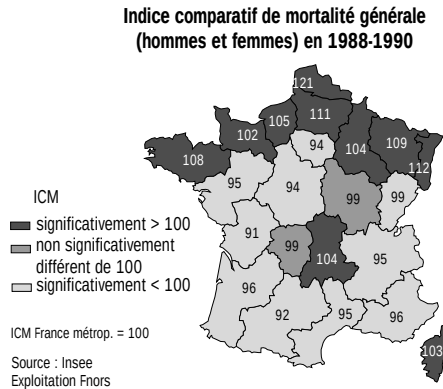
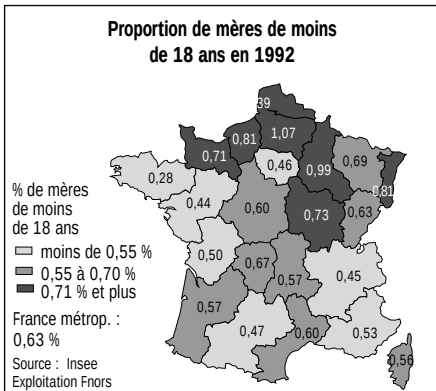
Corrélation
significative à
10 % seulement



Le pourcentage de naissances chez des mères très jeunes, de moins de 18 ans, est lui aussi corrélé aux mêmes indicateurs signalant une situation sociale moins favorisée et des problèmes de santé dans les régions.

Taux de fécondité des femmes de 20-24 ans en 1992 (pour 1 000 femmes)



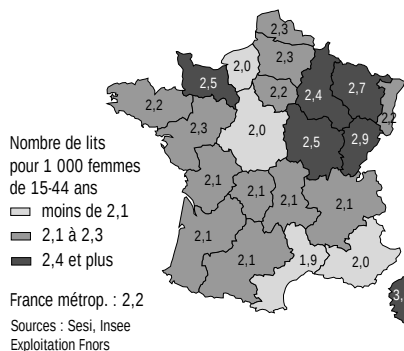


Les lits de gynécologie-obstétrique sont plus nombreux là où les femmes ont moins d'activité professionnelle

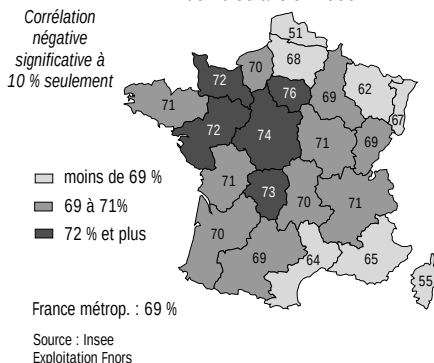
Une seule corrélation, peu significative (à 10 %), a été observée entre le taux d'équipement en lits de gynéco-obstétrique (nombre de lits pour 1 000 femmes de 15-44 ans)¹ et les indicateurs socio-économiques : c'est une corrélation négative de ce taux d'équipement avec le taux d'activité professionnelle des femmes. Ainsi, les lits de gynéco-obstétrique semblent être plus nombreux dans les régions où le taux d'activité des femmes est plus bas : c'est le cas de la Lorraine, de la Corse, de la Champagne-Ardenne. La situation est inverse dans des régions telles que le Centre ou l'Île-de-France.

1. Remarque : L'indicateur sur le nombre de lits de gynéco-obstétrique est imparfait : il conviendrait de dissocier les lits de gynécologie de ceux d'obstétrique et de rapporter les nombres de lits aux femmes de 15 ans et plus pour la gynécologie et aux naissances pour l'obstétrique. Ces améliorations ne sont pas possibles actuellement.

Nombre de lits de gynéco-obstétrique pour 1 000 femmes de 15-44 ans en 1993



Taux d'activité professionnelle des femmes de 20-59 ans en 1990

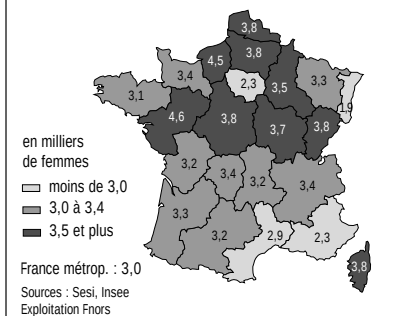


Les gynécologues-obstétriciens ont davantage de femmes à prendre en charge dans les régions ouvrières

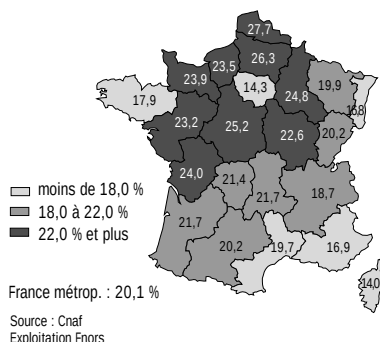
Le nombre de femmes par gynécologue-obstétricien est corrélé positivement à l'importance des couples parmi les bénéficiaires du RMI, et, dans une moindre mesure (corrélation significative à 10 %), à la proportion d'ouvriers dans la population active. Il est corrélé négativement à la proportion de cadres dans la population active.

Ainsi, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Picardie, en Haute-Normandie, en Champagne-Ardenne, en Franche-Comté, la densité est d'au moins 3 800 femmes par praticien et la population ouvrière représente de 37 à 38 % de la population active de ces régions et la proportion de cadres moins de 8 %.

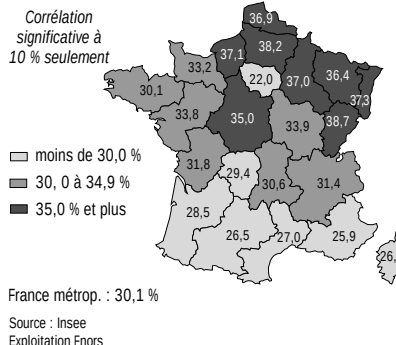
Nombre de femmes par gynéco-obstétricien en 1994



**Proportion de couples
parmi les bénéficiaires du RMI en 1995**



**Proportion d'ouvriers dans
la population active en 1990**



La santé de l'enfant

Les généralistes et les pédiatres ont davantage d'enfants à prendre en charge dans les régions moins favorisées

Le nombre d'enfants (de moins de 16 ans) par généraliste et le nombre d'enfants par pédiatre sont corrélés positivement à la proportion de jeunes dans la population, à celle des ouvriers, et à celle de couples parmi les bénéficiaires du RMI.

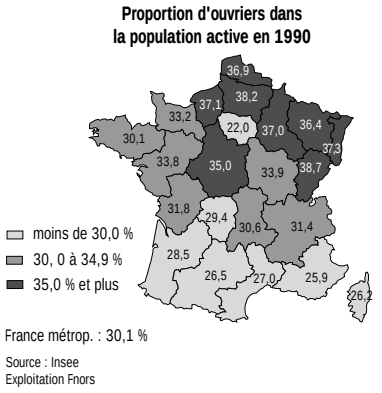
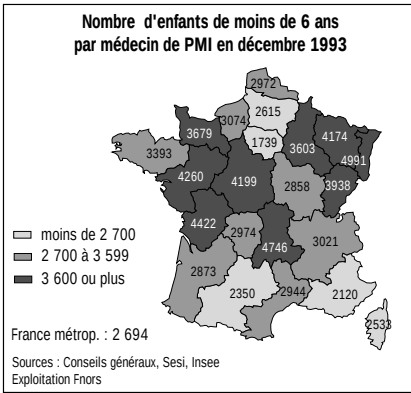
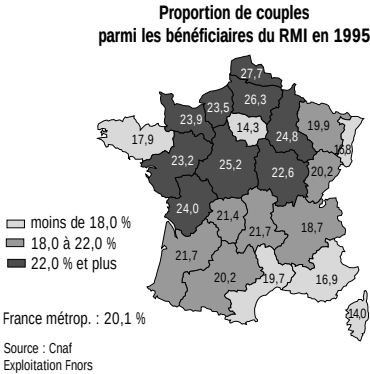
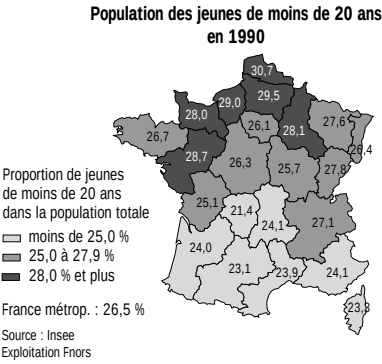
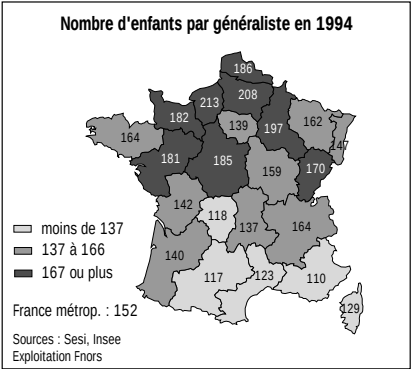
Ceci signifie que les praticiens de ces régions, où les situations sociales sont parfois difficiles, ont davantage d'enfants à prendre en charge.

On compte ainsi entre 180 et 200 enfants par généraliste en Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne, contre 110 à 120 dans le Sud-Est.

Les médecins de PMI ont également davantage de femmes enceintes et d'enfants de moins de 6 ans à prendre en charge dans les régions plus ouvrières

Le nombre de femmes enceintes et le nombre d'enfants (de moins de 6 ans) par médecin de PMI sont corrélés avec la proportion d'ouvriers.

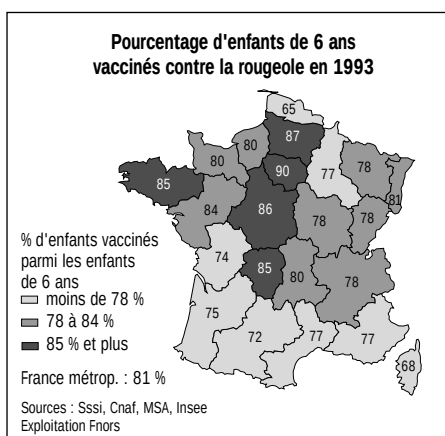
Dans les régions de l'Est, on observe ainsi environ 4 000 enfants par médecin de PMI et 37 % de population ouvrière. À l'opposé, en Île-de-France, le nombre d'enfants par médecin est de l'ordre de 1 700 et la proportion d'ouvriers de 22 %. Les régions du Sud sont, à cet égard, plus favorisées, avec moins de 3 000 enfants par médecin.



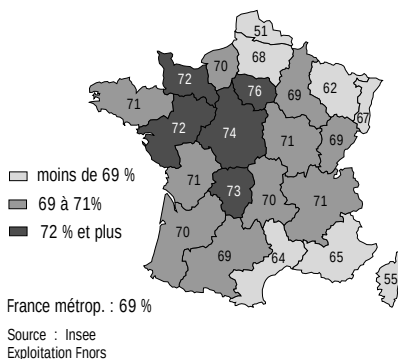
La couverture vaccinale des enfants de 6 ans est meilleure dans les régions plus favorisées

Le pourcentage d'enfants de 6 ans vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est essentiellement corrélé au taux d'activité des femmes : les enfants sont plus fréquemment vaccinés dans les régions telles que l'Île-de-France et le Centre, et, dans une moindre mesure, la Haute-Normandie, les Pays de la Loire, la Bretagne.

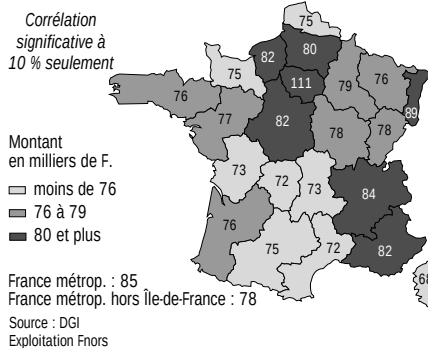
Dans les régions du Sud, on observe une situation inverse : moins d'enfants vaccinés là où le taux d'activité professionnelle des femmes est moins élevé. La région Nord-Pas-de-Calais rejoint ces caractéristiques des régions du Sud.



Taux d'activité professionnelle des femmes de 20-59 ans en 1990

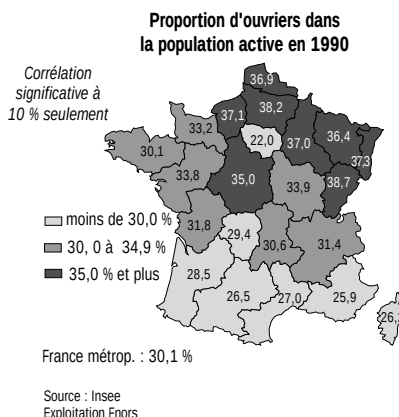
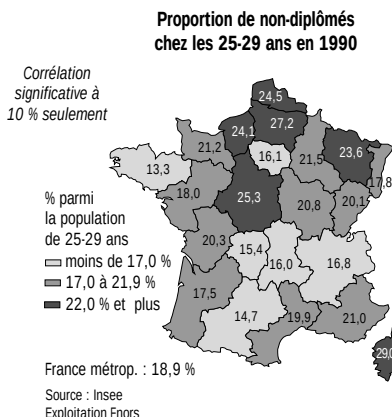
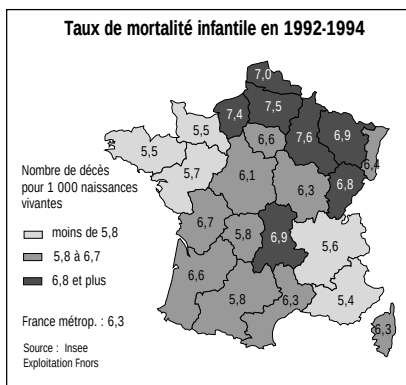


Montant du revenu net imposable par habitant en 1993



Par ailleurs, une corrélation moins significative (à 10 %) est observée avec le montant du revenu imposable.

On n'observe pas de corrélation significative du taux de mortalité infantile avec les indicateurs sociodémographiques retenus dans cette étude. On peut toutefois signaler qu'une corrélation significative à 10 % est retrouvée avec la proportion d'ouvriers et celle des jeunes non diplômés.

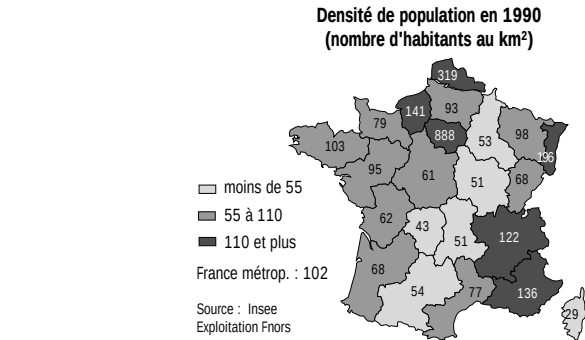
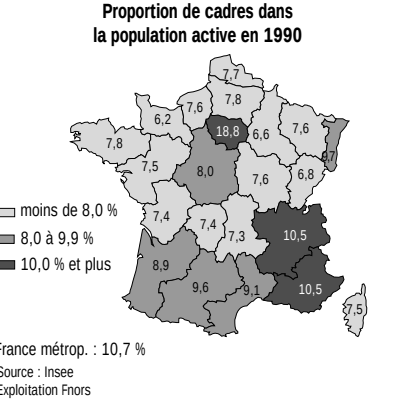
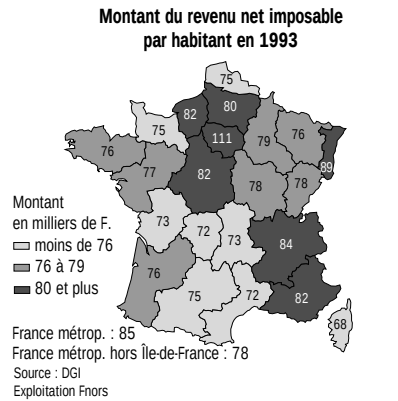
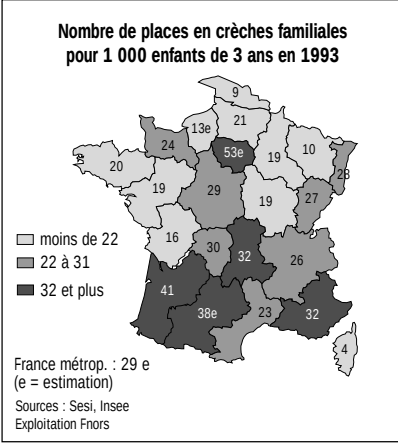
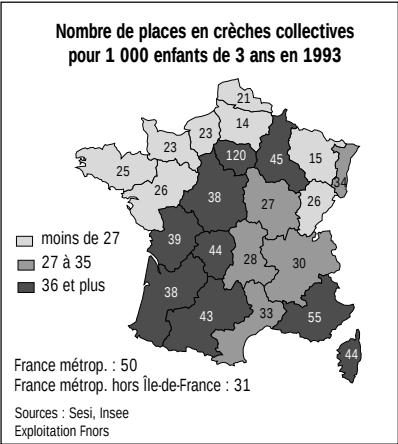


L'accueil des jeunes enfants en crèches est plus fréquent dans les régions plus favorisées

Le taux d'accueil des jeunes enfants en crèches familiales ou collectives (nombre de places pour 1 000 enfants de moins de 3 ans) est corrélé positivement à la proportion de cadres et au niveau du revenu imposable. Pour les crèches collectives, une corrélation est en outre observée avec la densité de population, notamment celle vivant dans les villes de plus de 200 000 habitants.

On observe ainsi beaucoup de crèches en Île-de-France où ces deux indicateurs sont les plus élevés. Dans une moindre mesure, une situation semblable existe dans les régions Centre, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes, Aquitaine.

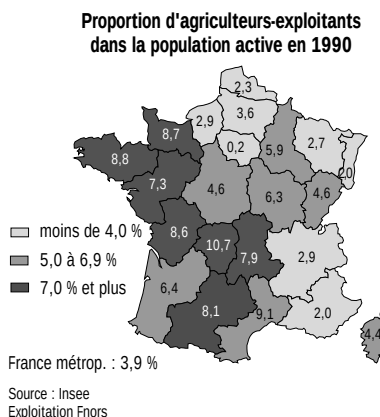
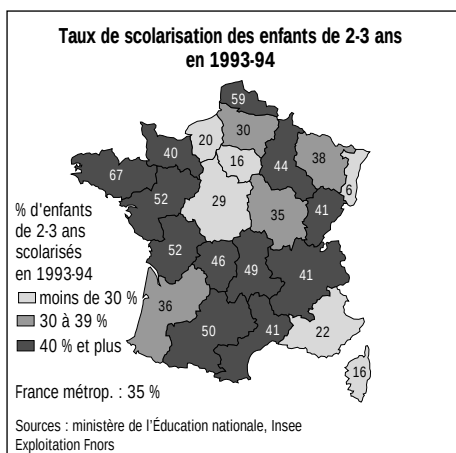
À l'opposé, on note moins de crèches dans des régions telles que le Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie ou Lorraine.



Davantage d'enfants scolarisés dans les régions rurales

Le taux d'enfants scolarisés est corrélé aux régions rurales plus particulièrement caractérisées par une proportion élevée d'agriculteurs-exploitants dans la population active. On observe ainsi qu'environ 50 % des enfants de 2-3 ans sont scolarisés dans les régions Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) qui sont des régions comptant environ 8 % d'agriculteurs.

À l'inverse, en Île-de-France et Alsace, peu de jeunes enfants sont scolarisés et la proportion d'agriculteurs y est très faible.

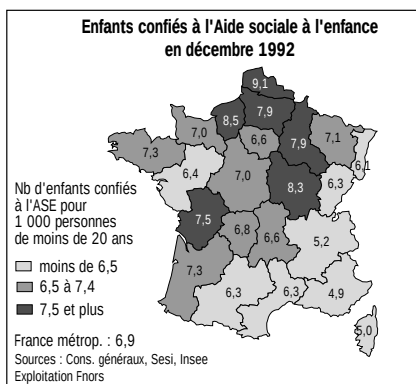


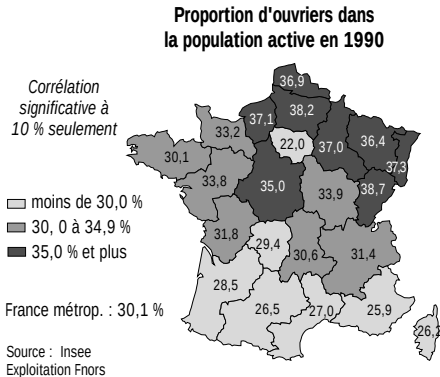
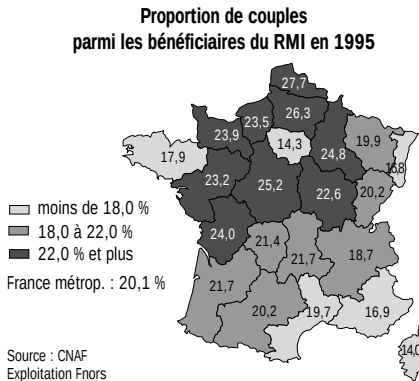
Davantage d'enfants confiées à l'ASE dans les régions ouvrières

Le taux d'enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (pour un placement dans un établissement ou une famille d'accueil) est essentiellement corrélé à la proportion de couples parmi les bénéficiaires du RMI.

Des corrélations moins significatives (à 10 %) sont retrouvées avec la proportion d'ouvriers et la population jeune.

Ainsi, environ 8 à 9 enfants sur 1 000 (moins de 20 ans) sont placés dans les régions de Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Haute-Normandie.





Conclusion

La démarche adoptée dans la présentation des résultats du document, publié par la Fnors, *La santé observée dans les régions de France*, se basait sur des analyses thème par thème mettant en évidence les disparités entre régions mesurées à partir de plusieurs indicateurs dans chaque thème.

Les Observatoires régionaux de la santé et leur fédération, soutenus par la demande de plusieurs de leurs partenaires, ont souhaité tenter des analyses « transversales », permettant de rapprocher les indicateurs de plusieurs thèmes.

Les résultats rassemblés dans le présent document constituent un premier essai de ce type d'analyse. Celle-ci a eu pour objet de rechercher les corrélations entre les indicateurs du thème « Mère et enfant » et ceux des thèmes « Constat d'ensemble » et « Pauvreté-précarité ».

Parmi l'ensemble de toutes les corrélations testées, les plus significatives sont rassemblées dans ce document et permettent d'identifier plusieurs phénomènes.

En premier lieu, une dynamique démographique, qui se retrouve notamment chez les jeunes femmes, voire les très jeunes, caractérise les régions les plus ouvrières, celles qui comptent beaucoup de jeunes non diplômés (25-29 ans) et où les parents isolés sont nombreux. C'est aussi dans ces régions que l'on retrouve une espérance de vie inférieure à la moyenne et un taux de mortalité infantile plus élevé.

En outre, dans ces régions, le suivi médical de la mère et de l'enfant est plus lourd pour les praticiens : les gynécologues-obstétriciens ont davantage de femmes à prendre en charge, et les généralistes, les pédiatres, et à un degré moindre les médecins de PMI, ont également davantage d'enfants à suivre.

D'autre part, on retrouve dans ces régions un nombre plus important d'enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance pour un placement en établissement ou en famille d'accueil.

Enfin, deux autres observations concernant la santé et le mode de vie des enfants méritent d'être soulignées.

D'une part, on observe une meilleure couverture vaccinale (rougeole, oreillons, rubéole) dans les régions où les femmes ont plus souvent qu'ailleurs une activité professionnelle.

D'autre part, dans les régions plus favorisées (revenu imposable plus élevé, proportion importante de cadres dans la population active), les très jeunes enfants sont plus souvent accueillis en crèches, alors que la scolarisation à 2-3 ans est plus fréquente dans les régions plus agricoles.

En définitive, ce premier essai d'analyses transversales permet de retrouver certains phénomènes déjà rencontrés ou déjà identifiés, mais permet de les confirmer statistiquement.

Toutefois, ce type d'analyses comporte un certain nombre de limites, notamment l'existence de corrélations induites entre variables explicatives, et c'est pourquoi il sera nécessaire de poursuivre la démarche en travaillant conjointement sur un plus grand nombre de variables explicatives.

Annexe V La prise en compte des états de santé et des besoins de soins des populations dans l'allocation des ressources

États de santé, besoins de santé, besoins d'accès au système sanitaire, constituent un cheminement de la réflexion, cheminement jalonné par des indicateurs entre lesquels des choix sont possibles et par des options alternatives quant à la méthode d'allocation qu'il est, *in fine*, possible de préconiser.

La définition la plus couramment admise de l'état de « bonne » santé renvoie à celle que donne l'Organisation mondiale de la santé, à savoir : « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmités... ». En ce sens, la santé résulte d'une multitude de facteurs sur lesquels le système de soins proprement dit n'a parfois que peu ou pas d'emprises.

En particulier, la responsabilité du mauvais état de santé d'un individu incombe au moins autant aux comportements de ce dernier, à son environnement (social ou géographique), qu'aux moyens dont se dote spécifiquement la société pour prévenir ou guérir la maladie et auxquels nous nous intéresserons ici. Cependant, même si on se plaît à considérer que le seul accès aux soins n'est pas le plus important des déterminants de la santé au niveau individuel, le système de soins doit avoir un fonctionnement qui assure l'égalité, et au-delà, autant que possible, une certaine équité dans le traitement de ses bénéficiaires potentiels ou effectifs¹. Cet objectif aura d'autant plus d'importance que l'on voudra renforcer les missions de service public qui s'imposent déjà partiellement à lui. Tel semble d'ailleurs le sens des orientations prises à tout le moins par le

1. L'équité, quant à elle, impose des différences de traitement entre les individus en regard de la spécificité de leurs situations. Toute la question est évidemment de savoir quels sont les éléments à prendre en compte pour évaluer systématiquement, et de façon appropriée, ces dernières. On pense en premier lieu, évidemment, à leur état de santé, mais cela ne suffit pas forcément. Les expériences étrangères d'allocation géographique des ressources de soins montrent cependant que, lorsqu'on se place au niveau de populations, un petit nombre de facteurs suffit généralement pour déterminer les niveaux de dotation « équitables ».

régime de l'assurance maladie puisque la réforme récente de la sécurité sociale affirme désormais clairement le principe de l'universalité des droits aux soins.

En même temps, le souci d'équité précédent se trouve devoir être harmonisé avec la volonté d'améliorer l'efficacité du système de soins. Ainsi, c'est aux autorités déconcentrées, théoriquement plus proches des usagers, qu'incombe désormais largement la gestion du système de soins, et donc la responsabilité effective d'assurer concrètement l'égalité de traitement entre les individus. L'autorité centrale doit se préoccuper davantage que par le passé d'apporter aux collectivités les moyens *a priori* nécessaires au maintien, voire au progrès, d'un exercice équitable de l'activité de l'offre, puis évaluer et contrôler, *a posteriori*, les résultats obtenus.

Cette préoccupation passe par un affichage plus marqué de l'étendue et des limites des principes d'équité qui seront désormais appliqués dans l'allocation géographique des ressources. Si le caractère théoriquement adapté des enveloppes allouées localement n'assurera pas la réduction automatique des inégalités entre les individus face à la santé, il faut souligner que leur mode de détermination manifesterait l'intention qui est à l'œuvre, et l'influence de celle-ci sur la gestion pratique du système de soins par les autorités déconcentrées, et sur la perception qu'en auront ses bénéficiaires potentiels. À l'inverse, si les enveloppes ne manifestent pas suffisamment la volonté de prendre en compte les besoins de soins des populations des régions auxquelles elles sont destinées, le signal transmis risque fort d'être que l'équité n'est pas une préoccupation importante en matière d'allocation des ressources. En France, si le système de soins a toujours plus ou moins fonctionné ainsi, sans dommage apparent, cela pourrait ne plus être autant le cas dans le contexte d'une incitation de plus en plus forte à l'amélioration de l'efficacité de la production des soins.

Par ailleurs, comme l'analyse suivante va tenter de le montrer, il n'est pas très facile, techniquement, d'approcher les besoins de soins des populations. En fait, il n'existe pas qu'une seule façon de le faire. Outre que le choix à opérer peut modifier le niveau des dotations concrètement attribuées aux différentes régions, renforçant éventuellement les contraintes matérielles planant sur certains systèmes de soins locaux, il pourra conduire à opter pour des priorités un peu différentes dans les politiques de santé futures.

Les principales options pour l'allocation géographique des ressources

Fondamentalement, il y a cinq options principales pour la répartition géographique des ressources de soins. Elles sont rassemblées dans le tableau I avec des exemples d'indicateurs associés à la réalisation concrète

Tableau I
Les options possibles pour les principes d'équité

Principes d'équité	Exemples d'indicateurs associés
a) au prorata de la population $\Rightarrow$ chaque individu a droit à la même fraction des ressources allouées au système sanitaire, quels que soient ses besoins propres.	<i>Effectif de la population résidente.</i>
b) au prorata de la population pondérée par l'âge $\Rightarrow$ chaque individu d'une classe d'âge déterminée a les mêmes besoins donc dispose des mêmes ressources.	<i>Effectif de la population résidente pondérée par le coût moyen national d'accès aux soins [d'un et/ou de plusieurs secteurs de soins] de chaque tranche d'âge structurant la population.</i>
c) au prorata de la population pondérée par sa situation de vulnérabilité dans sa composante uniquement morbide $\Rightarrow$ introduit la prise en compte de la dimension régionale de la morbidité.	<i>Âge + (Indicateur comparatif de mortalité ou de mortalité prématurée ou de mortalité évitable) ou bien ALD, éventuellement par tranches d'âge pondérées par les coûts.</i>
d) au prorata de la population pondérée par sa situation de vulnérabilité dans sa composante uniquement morbide et limitée à ce qui est imputable au système de soins $\Rightarrow$ chaque individu pondéré par sa situation de morbidité, déduction faite de ce dont il est notoirement responsable, a droit à la même fraction des ressources allouées au système sanitaire : utilisation de l'indicateur de mortalité évitable imputable au système de soins.	<i>Âge + Indicateur de mortalité évitable imputable au système de soins.</i>
e) au prorata de la population telle que pondérée ci-dessus avec prise en compte des composantes sociologiques et économiques de la vulnérabilité $\Rightarrow$ introduit le fait qu'il peut exister, spécialement dans le cadre d'une allocation sectorielle, des besoins dont la nature est liée spécifiquement aux deux dimensions introduites.	<i>Solution (c) ou (d) + indicateur de vulnérabilité économique (% de la population bénéficiant des minima sociaux) + Indicateur de vulnérabilité sociologique (par exemple : ruralité ou % de personnes âgées vivant seules et/ou bénéficiaires de l'API).</i>

de chacun des objectifs visés. Il faut d'abord souligner que le principe le plus simple, techniquement, pour allouer les ressources est le principe de la capitation (a). Il n'est pas très éloigné de la réalité du fonctionnement du système de soins. Au niveau régional, en effet, la taille de la population est très corrélée au niveau des ressources de soins effectivement consommées.

Mais le principe de la capitation fait abstraction des différences d'états de santé entre les populations, lesquels sont marqués par les effets de deux phénomènes assez opposés et massifs. D'une part, la structure par âge des régions diffère assez sensiblement du Nord-Est, plus jeune donc en principe en meilleure santé, au Sud-Ouest de la France, plus âgé donc plus vulnérable. En 1994, le Nord-Pas-de-Calais avait seulement

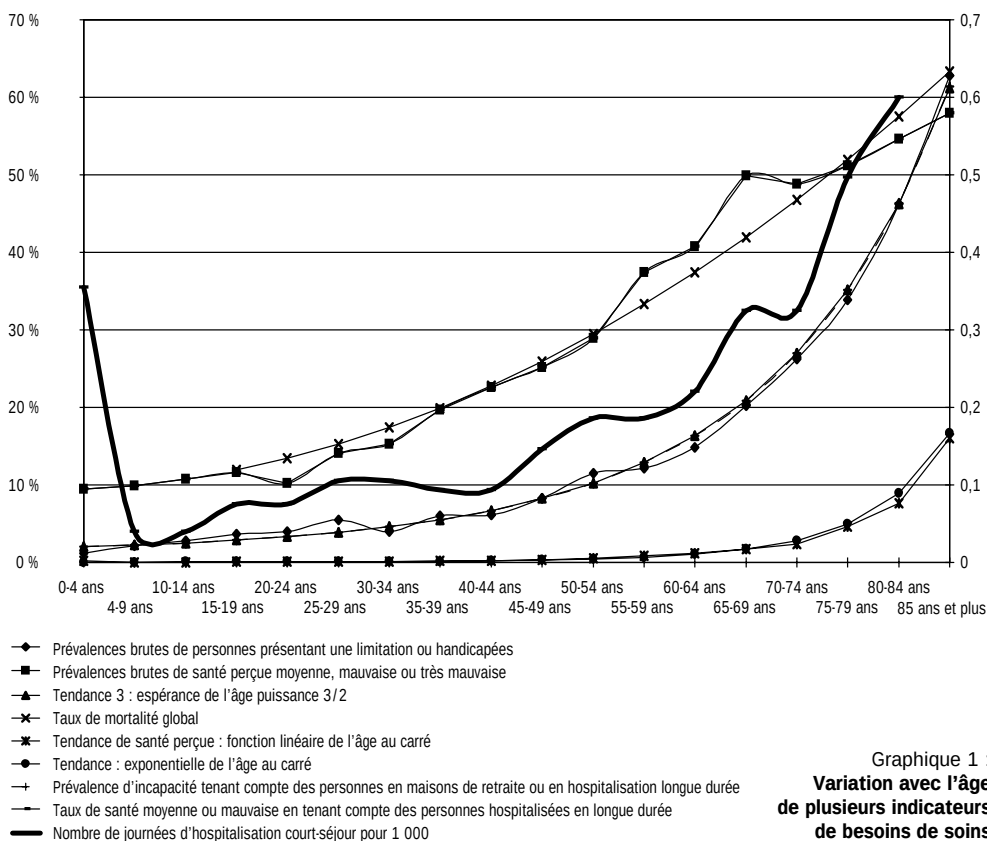
17,5 % de sa population de 60 ans et plus, contre, à l'autre extrême, 28,3 % pour le Limousin et 24,4 % pour le Poitou-Charentes. D'autre part, les individus du même âge appartenant à des régions distinctes ne peuvent compter sur des risques de mauvaise santé identiques. Par exemple, les écarts globaux (2 sexes) d'espérance de vie à la naissance entre les régions sont importants. Ils atteignaient, en 1990, 3,5 ans entre la région la plus défavorisée (le Nord-Pas-de-Calais) et les deux régions les plus favorisées (Poitou-Charentes et Midi-Pyrénées). Un tel écart, même s'il est un peu artificiellement accusé par le fait que les estimations sur lesquelles il s'appuie ne tiennent pas compte de la mobilité interrégionale des individus au cours de leur vie, est très significatif, en particulier si l'on veut le rapporter aux gains annuels d'espérance de vie constatés sur la décennie 1980-1991, de l'ordre du quart d'année. Dès lors, si les comportements de recours aux soins, pour un même état de santé, sont identiques entre les régions, ou si l'on considère qu'ils doivent le devenir, la charge résultante pour le système de soins sera d'autant plus importante que le niveau de la morbidité sera plus élevé.

D'un autre côté, les différences d'espérance de vie entre les régions, ainsi d'ailleurs que les différences observées entre les hommes et les femmes au sein de chaque région (loin d'être identiques entre elles), sont jusqu'ici globalement assez stables au cours du temps, ce qui signifie que les diverses zones géographiques semblent à peu près autant profiter des progrès de santé, les quelques différences éventuelles pouvant d'ailleurs s'interpréter comme résultant en partie d'une modification de la composition sociologique de leurs populations. Ainsi, toute politique de santé visant l'atténuation de ces écarts d'espérance de vie reste d'efficacité incertaine et exige pour le moins une durée d'application significative.

L'objectif de la présente note est d'examiner quels sont les indicateurs permettant d'approcher plus spécifiquement le niveau de la morbidité des populations, d'examiner leur pertinence pour l'allocation des ressources de soins. Nous abordons la question de la prise en compte d'indicateurs marqueurs des différences socio-économiques des populations. Nous chercherons à donner une première idée des modifications quantitatives de dotations théoriques entraînées par le choix de l'un ou l'autre de ces indicateurs.

De l'état de santé de la population aux besoins de soins à pourvoir

L'allocation géographique des ressources doit répondre à trois types principaux d'inégalités, d'abord les inégalités des états de santé des populations, ensuite, les inégalités de besoins en santé, enfin, les inégalités de besoins d'accès aux soins. Ces différents champs se recoupent en partie, donnant lieu à des indicateurs assez corrélés.



La mesure des états de santé des populations

Dans une situation idéale, les disparités interrégionales de « pyramides des âges » permettent une approche pertinente des disparités interrégionales de « vulnérabilité » de la population concernée face à la maladie. Il existe cependant plusieurs façons de mesurer l'effet de l'âge sur la santé.

L'état de santé d'un individu subit obligatoirement une dégradation avec l'âge, quels que soient les progrès qui puissent être accomplis en matière de diagnostic et de thérapeutique. Elle se traduit par la présence de plus en plus fréquente de pathologies graves. Dans l'état actuel des connaissances médicales, l'apparition de ces pathologies, et le pronostic vital qui y est associé, font des écarts de structures par âge le premier élément caractérisant les différences d'états de santé des populations à un moment donné.

Dans ce contexte, l'apparition de limitations fonctionnelles (incapacités) et d'affections dites de longue durée, que l'une et l'autre s'accompa-

gnent ou non immédiatement d'une situation de dépendance, est le premier signe probant de la dégradation de l'état de santé liée à l'âge.

En amont de l'apparition précédente, le système de soins se doit d'entretenir le « capital-santé » en prévenant l'apparition de situations de dégradation durable ; en aval, il répare ce qui est réparable, rétablit ce qui est dégradé et, au moins, stabilise la dégradation ou tente de la ralentir. La progression qualitative et quantitative de la consommation de soins est de ce fait le second signe probant de l'effet de l'âge sur l'état de santé. Ainsi, l'évolution moyenne de celle-ci avec l'âge est souvent retenue pour permettre d'approcher l'effet normal de la vieillesse sur l'état morbide des individus.

Il faut signaler que les niveaux et les caractéristiques de la consommation de soins, tels qu'ils sont constatés à un moment donné (par exemple, une année calendaire), lorsqu'on les ventile en fonction de l'âge des individus, sont influencés par les comportements de recours aux systèmes de soins, lesquels s'avèrent finalement sensiblement différents d'une génération à l'autre (les générations plus jeunes consomment davantage et ont une exigence qualitative plus grande). Si toutes les régions ne sont pas nécessairement en phase dans le déroulement de ce processus intergénérationnel de modifications des comportements, il est actuellement bien difficile d'estimer directement l'importance pratique de cet effet. Cependant, il intervient nécessairement pour expliquer les différences de mortalité entre les régions. Il est donc pris en compte, indirectement, si ces dernières le sont.

En aval de l'apparition des pathologies, et du soin, le décès est également la conséquence de la dégradation de l'état de santé avec l'âge. Mais il enregistre aussi l'effet de l'inefficacité du système de soins face aux différentes pathologies survenantes et les différences de comportements entre les générations en matière de recours au système.

Ces différentes façons d'apprécier l'effet naturel de l'âge sur la santé se traduisent par des courbes plus ou moins croissantes (voir graphique 1).

L'indicateur comparatif de mortalité, éventuellement détaillé par pathologie, constitue un second indicateur pertinent de l'état sanitaire de la population d'un espace sanitaire déterminé. Il n'est pas lié à la structure par âge de cette dernière.

De façon simple, si l'on souhaite aller au-delà de la prise en compte des effets des disparités de pyramides des âges pour approcher les états de santé des populations, l'indicateur comparatif de mortalité constitue un premier critère pertinent de différenciation aussi bien interrégionale qu'intrarégionale.

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le ratio du nombre de décès réel d'une zone sur le nombre de décès qui y serait attendu si les risques de décès aux différents âges étaient identiques à ceux observés dans la population nationale. Cet indice est en pratique très corrélé (négativement) à l'espérance de vie globale de la population (corrélation - 0,97). Il a cependant l'avantage d'approcher directement le niveau d'importance

du risque supplémentaire de décès (ou inférieur), par rapport à la moyenne nationale, auquel les individus d'une même population sont soumis quand on a déjà tenu compte de l'effet de la structure par âge de cette dernière.

La prise en compte de ce risque de décès pour évaluer le niveau de ressources de soins nécessaires à une population est au moins légitime du fait du raisonnement suivant. Les besoins de soins (et les recours) des individus sont directement et fortement influencés par l'importance de ce risque de décès, comme le montre rétrospectivement l'importance des dépenses de soins effectuées sur la seule fin de vie. Des études menées aux États-Unis, à partir des données du Medicare, tendent par exemple à évaluer que le coût de la prise en charge des soins réalisés dans la dernière année de la vie serait, à la fin des années quatre-vingt, au moins sept fois supérieur à celui des soins effectués pour des personnes non décédantes. L'importance des soins en fin de vie serait directement reliée aux chances présumées d'efficacité d'un effort thérapeutique intense. Par exemple, le coût des soins hospitaliers tendrait plutôt à diminuer avec l'âge après 65 ans, et avec le niveau d'incapacité fonctionnelle des personnes.

En France, des travaux en cours à la Cnamts permettraient d'estimer à près de 70 000 F les dépenses présentées à remboursement au régime général pour les six derniers mois de la vie, dont 80 % pour les seules dépenses d'hospitalisation². Si ces montants pouvaient être considérés comme représentatifs, ils signifieraient que la fraction des ressources collectives de soins consacrées aux fins de vie est loin d'être négligeable (plus de 10 % des dépenses hospitalières pour les seuls six derniers mois) et se serait très sensiblement accrue depuis une quinzaine d'années.

La prise en compte des risques spécifiques de décès dans chaque région trouve aussi sa justification dans la relation qui existerait entre morbidité et mortalité et dans le fait que les données relatives à cette dernière sont disponibles de façon exhaustive annuellement, au contraire des données relatives à la première. Cette façon de justifier l'usage de la mortalité dans les formules d'allocation des ressources a fait débat dans les pays comme l'Angleterre ou le Canada, où elle s'est finalement imposée. La mortalité ne serait pas corrélée identiquement à tous les segments de la morbidité : elle le serait surtout avec la morbidité déclarée par les personnes dans les enquêtes, les incidences des maladies aiguës ou légères, elles, le seraient beaucoup moins. De même, la dégradation de la santé perçue (telle qu'elle est appréciée par une question dans les enquêtes) est apparue, à l'issue de diverses études menées Outre-Atlantique, comme un excellent prédicteur du risque de décès. Elle apparaît par ailleurs comme un bon marqueur de l'ensemble des cas de maladie déclarée. Cependant, la force du lien constaté à un moment donné, entre santé perçue et mortalité pourrait dépendre de la zone géographique, ce qui amène certains auteurs anglo-saxons à recommander des investigations supplémentaires.

2. Ces résultats doivent encore être considérés comme provisoires.

Ainsi, la mortalité est un indicateur de besoins de soins des populations mais jusqu'à un certain point qu'il est difficile de préciser. C'est tout particulièrement le cas en France où, actuellement, les enquêtes portant sur la morbidité offrent des possibilités de comparaisons régionales insuffisantes.

Les besoins de santé de la population

Il peut sembler utile de dépasser la seule prise en compte de l'état de santé relatif des populations. Nous parlerons alors de « besoins de santé » dont nous considérerons la « mortalité prématurée » comme un premier indicateur.

Du point de vue des conséquences sur la durée de vie prévisible d'un individu, l'empêchement d'un décès a d'autant plus d'importance que la personne est plus jeune.

Dès lors, il peut devenir légitime de consacrer davantage de ressources de soins aux populations dont la morbidité est plus précoce. L'exercice a cependant quelques limites. Tout d'abord, certaines causes de décès à des âges jeunes sont assez indépendantes du niveau de ressources allouées au système de soins (les accidents de la route par exemple). Par ailleurs, ce n'est pas parce qu'un individu a échappé à la mort à 20 ans qu'il aura ultérieurement une durée de vie égale à l'espérance de vie qu'a aujourd'hui cette classe d'âge.

Pour tenir compte de la précocité du risque de décès dans une région, on préfère le plus souvent calculer un indice comparatif de mortalité prématurée. Il se calcule comme l'indice comparatif général (ICM) mais en se limitant à l'ensemble des tranches d'âge pour lesquelles le risque de décès est considéré comme devant, et pouvant, être tout particulièrement combattu. Les tranches d'âge sur lesquelles cet indicateur est le plus souvent calculé sont 0-64 ans et 0-74 ans. D'autres tranches d'âge peuvent être considérées. Il faut noter cependant que les indices de mortalité prématurée conservent une certaine corrélation entre eux. Par ailleurs, ils sont calculés sur des effectifs de personnes décédées qui diminuent avec l'importance de la tranche d'âge considérée, ce qui peut affecter leur précision. Par exemple, les décès de personnes de moins de 60 ans ne représentent guère qu'entre 10 et 20 % de l'ensemble des décès constatés une année donnée dans les différentes régions.

Le risque de mortalité prématurée constitue une rupture particulièrement grave dans l'égalité de situation des individus vis-à-vis de la santé. Il peut résulter de l'environnement, au sens large, de ces derniers, ce qui inclut les conditions de vie des personnes – et spécialement mais non exclusivement leur hygiène de vie. À ce stade, on constate que la vulnérabilité précoce de l'individu face au risque de maladie est souvent reliée à une situation sociale ou/et économique défavorisée. Dans tous les cas cependant, le système de soins se trouve interpellé et invité à intervenir, à titre préventif ou curatif.

Au niveau des populations, les situations de mortalité prématurée, dans leur ampleur comme dans leur origine, sont des caractéristiques spécifiques de chaque région. Elles constituent donc un signe particulièrement grave d'inégalités de santé non spécifiquement liées à la structure par âge et, par voie de conséquence, doivent se traduire en termes d'allocation de ressources par des réponses adaptées quantitativement et qualitativement.

L'indicateur de « mortalité évitable » permet de cerner plus précisément les possibilités d'action qui s'offrent au système de soins.

Le système de santé ne semble pas en mesure de lutter efficacement de façon identique contre toutes les causes de mortalité. La prise en compte de la mortalité évitable peut, à cet égard, paraître plus opérationnelle puisqu'elle dépend du retard pris par la région dans le diagnostic et le traitement des causes de mortalité non accidentelles. De plus, elle peut permettre de cerner davantage, et de façon séparée, le niveau de la responsabilité du secteur sanitaire ou celui de l'individu lui-même. Dans les deux cas, l'indicateur est calculé en isolant les décès constatés à certains âges précoces et pour certaines causes plus particulièrement associées au type de responsabilité visé.

Plus précisément, la mortalité « évitable liée au système de soins » regroupe en principe les causes de décès suivantes : cardiopathies ischémiques, maladies cérébro-vasculaires, cancer du sein, de l'utérus, des testicules, maladies de Hodgkin, leucémies, asthmes, ulcères digestifs, appendicites, hernies abdominales, lithiases, mortalité périnatale maternelle. On considère que pour l'ensemble de ces causes, le système de soins est capable d'intervenir, y compris dans le cadre du dépistage, d'une façon qui peut être éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels.

La mortalité « évitable liée aux pratiques individuelles de santé » quant à elle regroupe en principe toutes les causes de décès liées aux comportements individuels à risque tels que la consommation de tabac, d'alcool, les conduites dangereuses... On y trouve les cancers du poumon, les cancers des voies aérodigestives supérieures, les causes de décès liées à l'alcoolisme, les accidents de la circulation, le sida et les suicides.

Il faut noter que la liste des causes retenue varie parfois selon les auteurs, elle peut aussi changer dans le temps pour tenir compte des progrès médicaux. La France est l'un des pays en Europe où la réflexion sur cet indicateur est la plus ancienne et la plus poussée.

Par ailleurs, si l'on veut utiliser la mortalité évitable pour mesurer l'efficacité relative des systèmes de soins locaux, il serait en principe plus juste de la calculer en pourcentage de la mortalité globale. Cependant, la cartographie obtenue ne s'éloigne pas sensiblement de celle obtenue sans prise en compte de la mortalité globale. Ce fait manifeste l'importance des disparités socio-économiques dans l'explication des disparités de mortalité évitable.

Il faut noter que si on considérait que le rôle de n'importe quel dispositif assurantiel, dans lequel se rangerait la sécurité sociale, est de couvrir un risque, le concept de mortalité évitable pourrait aussi être mobilisé d'une autre façon. Puisqu'il s'appuie sur des risques identifiés dont il est toujours possible d'accepter ou de refuser la prise en compte, l'indicateur pourrait servir à adapter l'allocation des ressources des populations à des priorités (du point de vue de la couverture des risques). Les conséquences financières de certains comportements individuels nocifs pour la santé sur un espace géographique déterminé pourraient donc se voir déduites de la prise en charge collective des besoins de soins sur un espace géographique déterminé.

Les besoins d'accès aux soins

Le constat du caractère régional des dysfonctionnements de la société sous l'angle de la vulnérabilité face à la maladie fait passer de la notion de « besoin de santé » à celle de « besoin d'accès aux soins ».

Des disparités socio-économiques entre les populations ne sont pas sans effets sur les niveaux de ressources de soins qui doivent être considérés comme leur étant nécessaires. Mais ces effets peuvent opérer de différentes façons, qui ne sont pas sans influence sur le choix de l'indicateur appelé à approcher ces disparités.

- Des disparités socio-économiques entre les populations peuvent d'abord s'exercer sur le niveau de ressource nécessaire, dans la mesure où plus une population est défavorisée socialement, plus elle cumule des risques d'incidence³ de maladie élevés (ou une probabilité d'entrer dans un état de mauvaise santé). Cependant, si les disparités de la mortalité selon les zones géographiques se déduisent homothétiquement des disparités des risques d'entrée en maladie, les premières refléteront également les disparités socio-économiques entre les populations y demeurant. Le choix de l'indicateur de mortalité n'est cependant pas neutre. Par exemple, la mortalité évitable donnant une certaine importance à la mortalité liée à des facteurs comportementaux, prendrait davantage en compte les disparités précédentes que la mortalité prématurée, et cette dernière le ferait davantage que l'ICM global, du fait des différences d'espérance de vie entre classes sociales.
- La présence d'un effet propre (qui n'est pas déjà inclus dans un indicateur de mortalité) des disparités socio-économiques sur le niveau global des besoins de soins de ces populations est plus difficile à justifier et à mesurer empiriquement, cette question demande

3. Nous simplifierons quelque peu en disant les probabilités de devenir malade.

actuellement des explorations complémentaires. Les mécanismes ne sont pas nécessairement univoques : le caractère peu approprié et éventuellement tardif du recours aux soins peut avoir pour conséquence de réduire le temps passé dans un état de maladie (augmentation de la fréquence des décès des personnes dans cet état), ou au contraire, augmenter ce même temps (diminution des chances de guérison).

- Mais l'influence des disparités socio-économiques entre les populations pourra aussi s'exercer sur le type de ressources de soins qui sera mobilisé, plutôt la médecine de ville ou plutôt la médecine hospitalière (cette dernière semblant par exemple se substituer à l'autre chez les personnes défavorisées si l'on en juge d'après les résultats de l'enquête Santé de l'Insee).

La prise en compte des disparités socio-économiques entre les populations peut conduire à une rupture entre l'équité et l'efficacité du système de soins. C'est ce que nous voulons marquer par le terme « besoin d'accès aux soins ». Il faut ici signaler que les régions sont loin d'être des espaces homogènes du point de vue économique et social. La réponse adéquate à ces problèmes ne passe donc pas nécessairement par l'adaptation des dotations de ressources des régions. Par ailleurs, si l'on décidait de tenir compte spécifiquement des disparités socio-économiques entre les populations, la question de l'indicateur le plus pertinent se pose. Des travaux récents soulignent l'intérêt de la prise en compte du taux de chômage ou la proportion de personnes âgées vivant seules. D'autres variables pourraient cependant être envisagées.

Ainsi, le secteur sanitaire est censé apporter toute une gamme de réponses aux cas de détérioration significative de l'état de santé de la population, allant au-delà de ce qui serait la conséquence normale de sa structure par âge. Il convient de lui attribuer des ressources pour remplir sa mission et c'est ainsi que le besoin d'accès aux soins s'identifie en première analyse à un besoin de ressources à affecter au système sanitaire.

Rien ne permet de considérer que cette détérioration s'effectue à l'identique, tant en ce qui concerne la nature des pathologies concernées que l'ampleur du phénomène, dans toutes les régions. Il en serait de même à un niveau infrarégional. On peut donc discerner qu'il puisse être nécessaire de développer régionalement certains pôles de l'offre sanitaire de façon privilégiée par rapport à d'autres, ce qui pose certes un problème de planification sanitaire, mais également d'allocation de ressources comme support financier de cette planification.

On peut toutefois faire remarquer que, dans un souci de stabilisation dans le temps des moyens, cette exigence d'adaptation de l'offre sanitaire à l'état de santé de la population, tant quantitativement que qualitativement, parce qu'elle peut faire apparaître des besoins d'accès aux soins spécifiques d'une région à la fois dans leur ampleur et dans leur nature, nécessite de circonscrire ce qui, dans cet état de santé de la population, a réellement un caractère endémique.

Avec les hypothèses précédentes, la différenciation inter- et intrarégionale des besoins peut, en première approximation, être cernée avec une relative précision par la batterie des indicateurs de mortalité prématurée puis évitable.

Les incidences du choix des indicateurs précédents sur le niveau requis d'allocation des ressources

La formule RAWP, célèbre par le succès qu'elle a eu dans la littérature internationale en matière d'allocation géographique des ressources de soins, et utilisée jusqu'à récemment pour allouer les ressources au système hospitalier britannique, prenait en compte les effectifs de la population régionale par groupes d'âge en les pondérant par les coûts moyens des soins *per capita* constatés pour ces mêmes groupes à l'échelle nationale. La formule RAWP a eu plusieurs versions, dans l'une de ses versions récentes, le tout était multiplié par la racine carrée de l'indice comparatif de mortalité avant 75 ans. À d'autres moments, ce dernier indice était pris en compte directement. La dernière formule proposée tient compte en plus de la proportion de personnes ayant une maladie chronique invalidante, du taux de chômage et de la proportion de personnes âgées vivant seules.

L'utilisation de cette formule n'est pas validée en France aujourd'hui. Tout au plus, peut-on dire que l'allocation qui serait opérée par elle s'interprète comme étant proche de ce que donnerait le nombre brut des décès (voir encadré page 126), tout en accentuant un peu, par rapport à ce dernier, les disparités interrégionales dans l'allocation des ressources. Cependant, cette formule a bénéficié d'un effort important de validation à l'étranger, c'est pourquoi nous nous en servons ici pour apprécier l'effet du choix de l'indicateur de morbidité sur les dotations aux régions.

Nous présentons ici les résultats correspondant à trois hypothèses :

- pas de prise en compte de la mortalité (capitation élargie),
- prise en compte de l'ICM,
- prise en compte d'un indicateur comparatif de mortalité évitable (Evit).

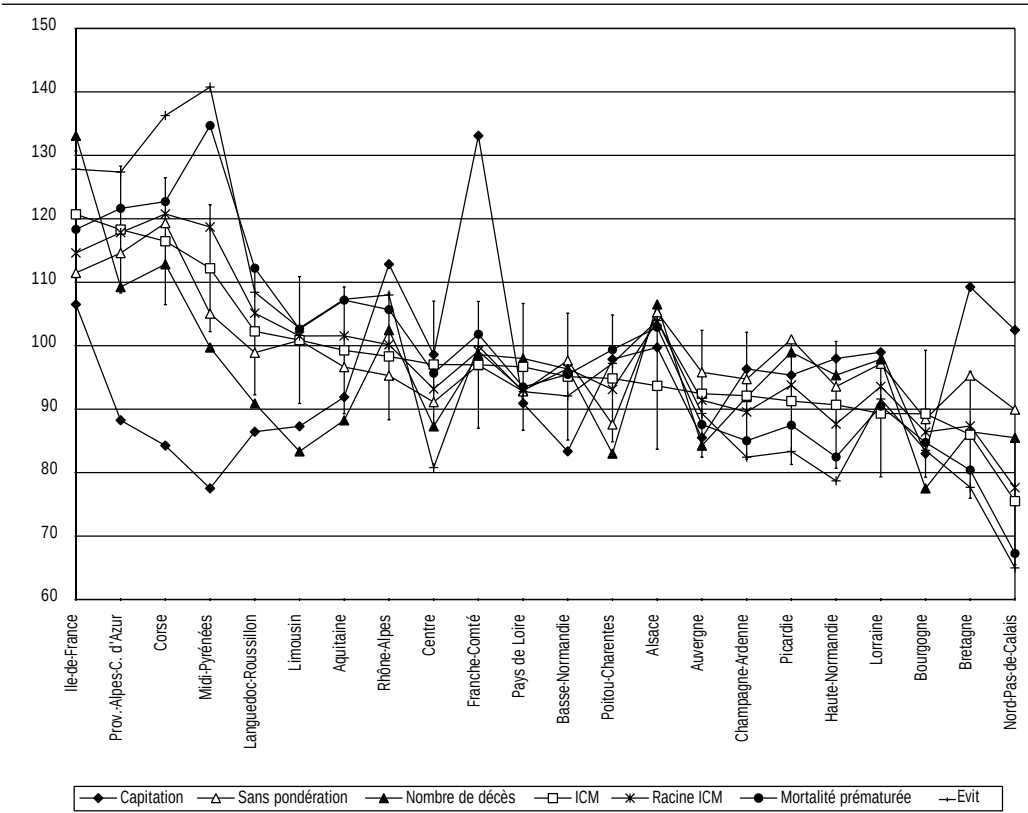
Les données utilisées correspondent à l'année 1994. Les graphiques comportent en ordonnée le rapport entre la dépense de soins effectivement présentée à remboursement et la valeur théorique issue de la formule utilisée. Un indice de 120 signifie que la région reçoit 20 % de ressources en trop par rapport au montant théorique.

Nous nous sommes préalablement intéressés à la question du poids à donner à l'indice de morbidité dans la formule (racine carrée ou puissance entière). Mais comme la pondération semble avoir une influence moindre

sur les résultats que le choix lui-même de l'indicateur de morbidité, nous avons retenu la formule avec puissance entière.

On observe sur le graphique 2 que l'utilisation du principe de capita- tion élargie a pour conséquence d'écraser la mesure des inégalités régio- nales issue des autres simulations. C'est le contraire en cas d'utilisation de la mortalité évitable : quatre régions (dont la Corse) surdotées selon le critère ICM le sont encore davantage, les deux régions excédentaires le sont encore plus, avec une seule exception : le Centre.

Il faut noter que les divergences de dotations obtenues entre les diffé- rents scénarios se concentrent sur un petit nombre de régions. Est-ce là le signe d'une plus grande hétérogénéité de ces dernières ?



Graphique 2 :
Écart entre dotation théorique
et dotation effective selon
le type de critère retenu dans les
22 régions françaises
(données 1994).

La formule RAWP, une première interprétation

Si l'on admet, en première approximation, que les coûts moyens *per capita* aux différents groupes d'âges sont corrélés aux risques moyens nationaux de décès aux différents âges, lesquels interviennent, pondérés également par les effectifs de la population nationale, dans la construction de l'indice comparatif (c'est le dénominateur), la formule RAWP se réduit, en première approximation, au numérateur de l'indice comparatif de mortalité, c'est-à-dire au nombre brut de décès constatés dans chaque région l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles. La prise en compte du nombre des décès prématurés, et pour certaines causes, pourrait éventuellement affiner l'approximation. Cette interprétation des résultats donnés par la formule RAWP ne constitue pas une validation de cette dernière ou celle d'une nouvelle formule, elle présente cependant un intérêt du fait du raisonnement suivant. Il se pourrait que, le calcul d'un indicateur dérivé du nombre brut des décès, beaucoup plus aisé à actualiser que celui de la formule RAWP qui demande la connaissance ou l'extrapolation des données de population, notamment selon l'âge, ne soit pas nécessairement beaucoup moins précis pour des zones géographiques bien plus petites que la région en dehors des périodes censitaires et puisse donc servir à l'analyse spatiale et temporelle de l'hétérogénéité interne des collectivités auxquelles on alloue des ressources de soins.

L'intérêt et les limites de la prise en compte d'indicateurs représentatifs de l'état de santé des populations non déduits des seules données de mortalité

Les indicateurs de morbidité proprement dits, utilisables afin de comparer les situations des différentes régions, sont peu nombreux ou spécifiques à des problèmes de santé particuliers. Malgré leurs limites techniques⁴, justifiant que des améliorations leur soient ultérieurement apportées, il paraît utile d'examiner ceux qui paraissent les plus généraux et les plus reliés aux besoins de soins. De façon générale, il convient tout de suite de reconnaître que les indicateurs de morbidité dont il va être débattu maintenant, n'ont pas encore fait l'objet d'une validation définitive. Ils doivent donc être considérés comme rentrant dans le cadre d'une prospective prometteuse.

4. Il faut préciser que la construction d'indicateurs de morbidité, quels qu'ils soient, fait l'objet d'un consensus souvent moindre que celle des indicateurs de mortalité, notamment en raison de la moindre représentativité en population des mesures actuellement disponibles localement.

Le niveau de l'indicateur ALD comparé aux taux bruts de mortalité

Nous parlerons donc surtout de l'indicateur tiré de la reconnaissance des ALD, parce que c'est celui qui a le plus de chance d'être rapidement opérationnel, en particulier si on lui associe le codage des pathologies. Il faut cependant noter que, via le PMSI, le secteur hospitalier pourrait rapidement générer ses propres indicateurs de morbidité.

La prise en compte des ALD : les principes

« Indicateur de mortalité ou indicateur de morbidité » ? Au-delà de l'affichage et de la pertinence de l'indicateur, c'est de la qualité du dialogue entre médecin et malade qu'il peut s'agir.

Le fait de passer d'un indicateur de mortalité, qu'il soit ou non standardisé, à un indicateur de morbidité tiré par exemple des affections de longue durée, n'est pas neutre. Dans le premier cas, l'information utilisée pour construire l'indicateur est extérieure au fonctionnement du système dont font partie aussi bien les demandeurs que les offreurs de soins. On induit la situation de morbidité du constat des décès. Dans le second cas, l'indicateur est généré par le système. Il relève davantage du diagnostic d'une situation sur laquelle il est possible d'agir – les individus sont encore vivants –, que des effets à terme de cette situation – les individus sont décédés.

Dans un contexte où l'objectif poursuivi est l'amélioration de l'état de santé de la population, il convient de s'interroger sur le fait de savoir s'il est équivalent, y compris au plan de l'affichage, d'agir sur les causes de mortalité ou de freiner l'apparition ou le développement de la maladie. Cette question mérite d'être posée, quel que soit le degré de dépendance statistique entre les deux familles d'indicateurs.

Cette question se pose d'autant plus que, dans le second cas, le constat de la maladie relève d'un dialogue médecin-malade où la morbidité ressentie (par le malade) est confrontée à la morbidité observée (par le médecin sur la base d'une symptomatologie) et que c'est de cette confrontation que résulte ensuite une notion de morbidité objectivée, dont rend compte en définitive la reconnaissance de l'ALD.

La prise en compte par l'assurance maladie « de la notion de morbidité » à partir des affections de longue durée « et la possibilité d'associer à terme un coût à chacune d'elles, en ayant recours aux ressources du codage, pourrait conduire à la définition d'un critère d'efficience du système sanitaire dans son ensemble.

La reconnaissance du caractère particulièrement sérieux d'une affection chez un individu confère donc à celle-ci le statut d'affection de longue durée.

La prise en charge du traitement de chacune de ces affections a ses propres exigences en termes de mobilisation de moyens pour les différents secteurs, voire fonctions de l'offre de soins susceptibles de contri-

buer au diagnostic et à son suivi, d'une part, à la mise en œuvre de la thérapeutique la plus appropriée, d'autre part. Si bien qu'en dehors de ce qu'il est nécessaire de mobiliser comme moyen au reste de la population, en rapport avec les disparités de pyramide des âges, il existe, pour chaque région, à des niveaux et suivant une composition éventuellement différente, une panoplie de moyens adaptés au caractère endémique des affections de longue durée qui y sont présentes, chacune d'entre elles ayant donc ses propres exigences du point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

Une conception élargie de la notion de besoin d'accès aux soins incluant « une dimension sociologique et économique » va de pair avec la préconisation d'« un espace sanitaire infrarégional ». Dans ce contexte les « besoins d'accès aux soins » ne s'identifient plus seulement à des ressources allouées mais aussi à « des procédures d'utilisation de ces ressources ».

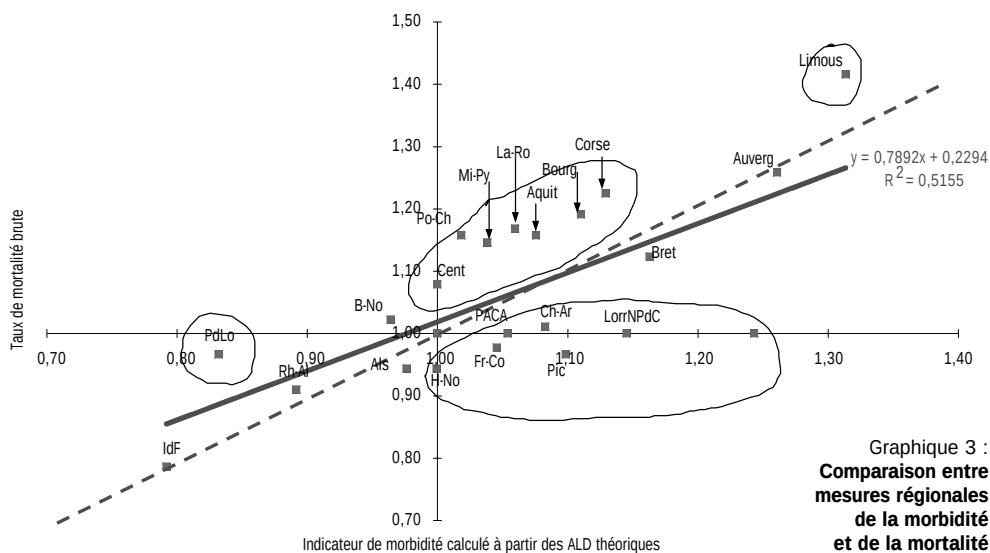
Si nous considérons ensuite que les besoins d'accès aux soins constituent le déterminant légitime de l'allocation de ressources au système sanitaire, alors peut-on être assuré qu'il suffit de définir ces besoins en fonction de leur simple composante morbide ?

Force est de considérer que dans une société marquée par une présence non marginale de situations de précarité et de pauvreté et par des modifications importantes dans l'expression des solidarités en particulier intergénérationnelles – réduction sensible de la cohabitation, avec comme conséquence plus de solitude à défaut de plus de dénuement –, les composantes sociologique et économique de la vulnérabilité sont incontournables dans la détermination des besoins. Il ne suffit pas que les moyens existent, encore faut-il qu'ils soient accessibles. C'est dans la prise en considération de cette accessibilité que réside l'essentiel de la différence entre besoins de santé et besoins d'accès aux soins.

Il faut, par ailleurs, faire remarquer que, de ce point de vue, il y a tout lieu de penser que les disparités infrarégionales seront plus accentuées que les disparités interrégionales. C'est ainsi que le souci d'une définition élargie de la notion de besoins trouve sa justification dans un autre souci, celui de la recherche de l'espace sanitaire le plus pertinent.

Dans ce contexte, nous avons entrepris de comparer les taux de mortalité bruts avec un indicateur qui s'interprétera ici comme un taux d'incidence en ALD corrigé pour tenir compte des différences de taux de reconnaissance entre les différentes régions⁵ (graphique 3). L'avantage de cette confrontation entre les deux est qu'elle s'appuie sur des données administratives exhaustives, à la différence des données qui seront rapidement présentées dans la partie suivante.

5. La méthodologie ayant conduit à la définition du niveau des ALDs théoriques doit encore faire l'objet d'améliorations futures. Les résultats suivants doivent s'apprécier comme un premier regard sur le problème.



Si les deux mesures semblent significativement corrélées, elles présentent aussi des différences. Tout d'abord, l'augmentation de la mortalité s'accompagne d'une augmentation encore plus forte du taux d'ALD. Le risque de maladie croît plus vite que celui de décès. Ce phénomène n'est évidemment pas indépendant des structures d'âge des populations. À cet égard, deux groupes de régions se dégagent, les régions du croissant Est-Nord-Ouest, régions souvent jeunes, qui ont un niveau de morbidité supérieur à celui de la mortalité, les régions du Centre et du Sud pour lesquelles c'est en général l'inverse.

Il serait intéressant de prolonger ces comparaisons à structure par âge identique entre les populations. Ce sera fait ultérieurement, quand les données correspondantes seront disponibles.

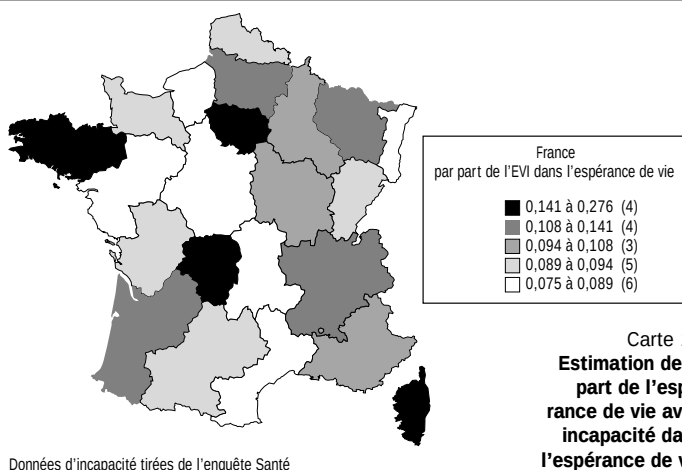
Les niveaux des indicateurs disponibles de morbidité mesurés par des enquêtes et des indicateurs de mortalité

Si les résultats précédents portaient sur des mesures de flux (ALD, décès), ceux qui suivent portent sur des stocks. Nous présentons ici deux types d'indicateurs, correspondant à des modes différents de mesure de la mauvaise santé par l'intermédiaire de questionnaires. Le premier, issu des travaux du Crédes, s'appuie sur une mesure du risque vital encouru par les individus ayant participé à l'enquête au vu de leur déclaration et de la consommation de soins déclarée, ainsi que du risque d'invalidité. Le second est déduit des déclarations de gênes ou de handicap dont est déduite assez classiquement la mesure de l'espérance de vie sans incapacité (EVS).

La validité des estimations de ces indicateurs de morbidité souffre pour le moment de limites importantes, du fait, pour l'essentiel, des proto-

coles des enquêtes sur lesquelles elles peuvent se fonder. En particulier, elles sont affectées par une imparfaite représentativité des échantillons sur lesquels se basent les calculs au niveau régional. De plus, calculée sur des données d'enquête aux effectifs à un niveau relativement restreint, la précision statistique de l'indicateur est nettement moindre que dans le cas de l'ICM. De nouveaux instruments d'enquêtes (à moins qu'on améliore les anciens) mériteraient d'être développés à l'avenir pour permettre l'amélioration de la mesure de la morbidité au niveau régional. On disposerait dès lors d'un faisceau d'indices dont la convergence ou la divergence éventuelle ne pourrait pas être reliée à des artefacts statistiques. Les sources d'informations populationnelles pourraient alors servir à valider des indicateurs tirés du fonctionnement du système de soins, qui sont eux plus faciles à mettre à jour.

L'indicateur, calculé par le Crédes, est construit à partir de l'enquête sur la santé et la protection sociale 1988-1991, qui est en principe représentative de l'ensemble des situations de santé des individus affiliés et de leurs ayants droit, et corrigé de la structure par âge des populations. Il prend théoriquement en compte toutes les dimensions de la santé, y compris les cas de maladie et d'invalidité peu sérieux, et donne une cartographie assez différente de celle de la mortalité (corrélation 0,12 avec l'ICM). Autre exemple (carte 1), les déclarations de handicap ou de gêne dans la vie courante (en principe significatif), obtenues à partir d'un échantillon important et tout à fait représentatif de la population nationale hors établissement⁶, donnent une cartographie des espérances de vie sans incapacité (EVS)⁷ encore différente, mieux corrélée à la précédente (corrélation – 0,3, probabilité 0,18) mais pas beaucoup plus à l'espérance de vie (corrélation – 0,16) et encore moins à l'ICM.



Carte 1 :
**Estimation de la
part de l'espé-
rance de vie avec
incapacité dans
l'espérance de vie**

6. Données issues de l'enquête Santé 1991-1992 de l'Insee. Différentes hypothèses sur l'état des personnes en établissement ne modifient pas les résultats.

7. Ou encore, le nombre d'années qu'il est aujourd'hui possible d'espérer vivre sans incapacité physique ou handicap.

Cependant, la corrélation relativement faible entre, d'une part, les indicateurs issus d'une mesure directe de la morbidité et, d'autre part, ceux déduits de la seule mortalité ne doit pas surprendre outre mesure. En effet, les temps passés dans un état de mauvaise santé (carte 1), qui influencent le niveau des indicateurs de morbidité, ne dépendent pas seulement de la fréquence de la survenue des maladies (que l'on pourrait peut-être considérer comme ne s'éloignant pas trop de celle des décès dans les cas des maladies graves). Ils sont en fait également liés à leurs natures et à des durées différentes passées en mauvaise santé dans chaque cas. Or, les causes de décès différant assez fortement entre les régions, il en est de même de la structure des pathologies graves prévalentes à un moment donné. Quant aux maladies aux pronostics moins défavorables, leur survenue n'a aucune raison, *a priori*, de se déduire de celle de la mortalité.

Les autres limites à la validité des indicateurs précédents de besoins et à leur prise en compte dans l'allocation des ressources

Nous parlerons brièvement de trois limites importantes :

Les indicateurs décrits précédemment ne reflètent pratiquement pas l'hétérogénéité des populations sur lesquelles ils sont calculés

Les régions françaises n'ont pas toutes le même degré d'hétérogénéité. Certaines comportent des sous-populations devant se voir affecter des moyens de se soigner différents, qualitativement et quantitativement. Cette question débouche sur la nécessité d'indicateurs infrarégionaux susceptibles d'être proposés, soit pour éclairer, voire même diriger *ex ante* l'allocation des ressources à un niveau infrarégional, soit pour évaluer *ex post* l'utilisation effective des ressources allouées. Il sera fait à nouveau mention de ce problème plus loin.

Les indicateurs de besoins de soins précédents souffrent d'une mise en perspective longitudinale insuffisante

La réserve la plus importante que nous pouvons apporter par rapport aux développements que nous avons introduits dans cette note est la suivante. L'allocation des ressources doit répondre aux besoins de la population dont on ne propose qu'une vision instantanée. Or, les individus se positionnent tout au long de leur existence sur une filière de soins où se succèdent des phases de diagnostic et de thérapeutique, le plus souvent pour plusieurs pathologies. À un instant donné, leur situation de morbidité, *a fortiori* si elle est mesurée par un indicateur de mortalité, est en fait, pour partie, le point d'aboutissement, variable selon la région, de la

capacité qu'a eu sur la durée le système de soins à répondre à leurs besoins. C'est ainsi que les indicateurs de morbidité seront toujours plus proches de la réalité des indicateurs de mortalité. Si on s'en tient néanmoins aux seconds, il conviendrait probablement d'associer comme indicateur composite, en plus de la dernière donnée connue des indicateurs disponibles, la tendance d'évolution sur plusieurs périodes quinquennales, par pathologie.

La question des pondérations

Dès qu'il s'agit de fixer des pondérations (cas b à e du tableau 1), deux démarches peuvent être proposées, l'une principalement politique et pas nécessairement réaliste, qui visera tout particulièrement l'effet d'affichage propre à influencer les comportements des acteurs du système de santé et la confiance en ce dernier de ses bénéficiaires, l'autre plus technique, qui s'appuie sur les instruments d'analyse économique (voir encadré p. 132-133). *A priori* plus neutre en ce qui concerne ses effets sur le système de santé, cette dernière offre l'inconvénient d'être sensible à la qualité et au nombre des données utilisées ainsi qu'aux hypothèses faites sur le fonctionnement du système de santé.

Il faut noter que les expériences étrangères montrent que ces deux démarches peuvent aussi utilement se compléter. Ainsi, les dernières révisions de la formule RAWP se sont fondées sur les résultats d'analyses économétriques menées sur la base d'un cahier des charges défini par le pouvoir politique. Il convient d'être prudent quant à la simple transposition des méthodes de validation utilisées à l'étranger pour valider les poids à donner, en particulier au Canada et en Grande-Bretagne, dans la mesure où il n'est pas avéré que le mode de fonctionnement et les objectifs des systèmes de santé de ces pays correspondent parfaitement aux nôtres actuellement.

De plus, des analyses complémentaires doivent encore être menées dans notre pays pour éclairer la sensibilité des résultats aux choix des modèles et des variables. Par ailleurs, cette réflexion ne dispense pas celle qui concerne le choix des indicateurs de morbidité ou de vulnérabilité à retenir.

Les limites d'une démarche volontariste en matière d'allocation des ressources

Il est évident que l'impact des indicateurs de besoins sur les dotations attribuées dépend assez fondamentalement des formules utilisées pour allouer les ressources. Il faut être bien conscient que les quelques simulations effectuées dans cette note ne constituent qu'une première approche plus ou moins biaisée par le référent implicite choisi (RAWP).

Si les spécialistes se sont surtout implantés dans le Sud de la France, quel que soit l'indicateur qui les mesure, les besoins de soins sont plutôt concentrés dans le Nord. Une allocation des ressources trop décalée de la réalité des besoins a toutes les chances d'être inéquitable et sans doute inefficace.

Mais une modification massive des ressources sur le seul secteur de l'offre des spécialistes risque de se heurter au bout de quelque temps à la rigidité des comportements de recours au système de soins des individus, à la faible mobilité des praticiens et à la rigidité de leurs comportements de prescription. Par exemple, la correction appropriée du niveau de ressource nécessaire impose la prise en compte des phénomènes de substitution entre secteur (médecine généraliste, hôpital).

En l'absence de validation, une méthode d'allocation des ressources risque de ne disposer que d'un ancrage faible avec la réalité, ce sera en particulier le cas si, pour une raison ou pour une autre, l'état morbide des populations est relativement insensible à une modification du niveau de l'offre de ressources de soins. Dans les premières années de la mise en place d'un dispositif de correction des inégalités de santé par une adaptation de l'allocation des ressources, on peut sans doute supposer que les régions dans lesquelles l'état de santé des populations peut être considéré comme assez dégradé, et le niveau de ressources inadapté, l'état morbide des populations pourra être relativement sensible à une modification du niveau de l'offre.

Si au début, l'allocation des ressources peut se dispenser de prendre en compte les phénomènes complexes interagissant avec la demande de soins, elle ne le pourra plus dès que le niveau des ressources aura été significativement modifié. Une méthode plus explicative du recours au système de santé, s'appuyant sur les instruments d'analyse économétrique, devra progressivement s'imposer, afin que puisse être atteint le meilleur ajustement possible de l'allocation des ressources, en tenant compte cette fois, par exemple, des effets de substitution entre secteurs de soins complémentaires.

Au prix, bien évidemment, d'une complexité plus grande que celle résultant d'une méthode simplement volontariste (recours par exemple aux équations simultanées avec contrainte), et à condition que les données nécessaires à un ajustement significatif des modèles économétriques aient été réunies, cette démarche répondra plus complètement aux principes d'équité plus exigeants (e) et pourra même pallier l'utilisation inadéquate des ressources (introduction des contraintes).

Cependant, il convient aussi d'avoir en tête les inconvénients qui risquent d'être introduits par la modélisation. Par exemple, les ajustements, utilisant des données du passé, ont parfois tendance à figer certains mécanismes ou certains états de fait, que l'allocation des ressources pourrait gagner (en pertinence) à modifier.

Annexe VI Apports et limites du PMSI dans l'analyse des inégalités interrégionales d'offre de soins

Présentation du PMSI

Le PMSI, ou Programme de médicalisation du système d'information, est un programme initié et piloté par la direction des Hôpitaux du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, dont le but est de généraliser sur l'ensemble des établissements hospitaliers, publics, privés, du court séjour au long séjour, et en incluant le secteur psychiatrique, un recueil systématique d'informations standards sur chaque rencontre entre patient et structure. Le terme de « médicalisation » renvoie au fait que les informations recueillies doivent fournir, certes de façon simplifiée, une indication sur le motif des soins donnés (données de morbidité) et sur la nature de soins prodigués (les actes). Avant le PMSI, la connaissance des morbidités prises en charge à l'hôpital était acquise par des enquêtes sur échantillon ; seule la dernière enquête de morbidité réalisée contenait également des informations sur les actes effectués.

Cette information résumée mais systématique, le résumé de sortie standardisé (ou RSS) pour l'hospitalisation de court séjour, a d'abord et principalement été utilisée par la direction des Hôpitaux pour développer une méthode de classification des séjours hospitaliers, en quelque sorte une nomenclature de production, la classification en groupes homogènes de malades (GHM), dérivée de la classification américaine dite des DRG ou *Diagnosis related groups*. Chaque séjour hospitalier de court séjour, décrit par les informations portées sur le RSS, est classé dans l'un des 500 groupes homogènes de malades, en fonction de la nature de leur affection et des soins qui leur ont été prodigués. Par exemple, tous les malades ayant subi une ablation de l'appendice, et qui n'ont pas eu de complications postopératoires, sont classés dans le même groupe. Il existe un groupe différent pour les malades ayant subi la même intervention, mais ayant eu des complications péri- ou postopératoires, comme une péritonite ou un abcès de la paroi.

Cette nomenclature de production repose sur l'hypothèse, validée sur une base probabiliste, que les séjours regroupés dans un même GHM sont suffisamment comparables pour que l'on puisse s'attendre à ce qu'ils aient le même coût de revient pour les structures hospitalières. La notion de « même coût » s'entend à nouveau de façon probabiliste : le

coût moyen d'un GHM est assorti d'un intervalle de confiance. Dans l'idéal, cet intervalle de confiance ne doit pas être trop large. Alors, il devient légitime de considérer que tout séjour, ou tout établissement dont les séjours se situeraient, en coût, en dehors de l'intervalle de confiance, pose problème.

Cette approche permet aussi de calculer les coûts relatifs des différents GHM, et c'est cette voie qui a été suivie par la direction des Hôpitaux. L'idée de base est simple. Supposons que l'activité hospitalière soit faite de deux types de prise en charge, par exemple les malades hospitalisés pour un pontage coronarien, et les malades hospitalisés pour le traitement d'une pneumonie grave. Les premiers sont représentés par le GHM 1, les seconds par le GHM 2. Une enquête effectuée par la direction des Hôpitaux met en évidence que le GHM 1 coûte en moyenne 100 000 F par séjour, et le GHM 2 en moyenne 20 000 F par séjour. Le rapport des coûts entre les deux va donc de 1 à 5. Supposons en outre que l'on est dans de bonnes conditions statistiques, c'est-à-dire que la dispersion observée des coûts est faible. Alors, le raisonnement conduit à dire qu'un établissement qui ne ferait que des pontages devra, à nombre identique de séjours, recevoir cinq fois plus d'argent qu'un établissement qui ne traiterait que des pneumonies. Le principe d'allocation de ressources sous-jacent est clair : à activité identique, moyens identiques. Il renvoie à un principe d'équité, ou plutôt d'égalité simple : pour une prestation donnée, les ressources mises en œuvre doivent être les mêmes quel que soit l'établissement qui l'effectue.

Ces calculs de coûts relatifs ont été effectués par la direction des Hôpitaux, sur la base d'une enquête auprès d'une cinquantaine d'établissements publics et privés participant au service public. Cette enquête, intitulée : « étude nationale des coûts », aboutit donc au calcul d'un coefficient de coût relatif, le nombre de points d'index synthétique d'activité, ou points ISA. Reprenons l'exemple précédent. Le nombre de points ISA pour les pontages coronariens serait de 5, et de 1 pour les pneumonies. Un hôpital réalisant 1 000 pontages serait crédité de $5 \times 1\,000 = 5\,000$ points ISA, un hôpital réalisant 1 000 traitements de pneumonie serait crédité de $1 \times 1\,000 = 1\,000$ points ISA. En principe, leurs budgets respectifs devraient être dans un rapport de 1 à 5. En réalité, le nombre de points ISA n'est pas utilisé pour redéployer l'ensemble des budgets des établissements, mais pour ajuster à la marge les taux directeurs.

En résumé

Le PMSI regroupe plusieurs outils. Le premier est le résumé de sortie standardisé (RSS), dont le recueil est obligatoire pour chaque séjour en section court séjour, pour les hôpitaux publics, PSPH et autres privés depuis 1997. Autrement dit, lorsque le recueil des RSS sur le secteur privé sera entré dans une phase routinière, on disposera d'une base permanente et exhaustive de données sur l'activité hospitalière en court séjour. En particulier, grâce au RSS, on a accès à des données de diagnostic, codées grâce à la *Classification internationale des maladies*, 10^e révision depuis 1997, et à des don-

nées d'actes médicaux, codées avec le *Catalogue des actes médicaux*, développé par la direction des Hôpitaux. Le RSS comporte également des données d'âge et de sexe, de code postal de résidence, et d'autres informations relatives au séjour. Le deuxième outil est la classification en GHM. Celle-ci permet une lecture synthétisée des données médicales détaillées des RSS, en proposant des regroupements en fonction d'une double logique médicale (similitude des problèmes pris en charge) et économique (niveau de ressources). Le troisième outil est « l'étude nationale des coûts » et le calcul de l'échelle des coûts relatifs des GHM entre eux, dite échelle en points ISA. Ce dernier outil est à la base d'une méthode d'allocation des ressources basée sur un principe d'égalité simple : à nature et volume d'activité identique, financement identique.

Les limites du PMSI pour l'allocation des ressources

On peut distinguer trois types de limites aux outils du PMSI. Les premières sont liées au niveau de déploiement actuel du programme, les secondes sont liées à la focalisation de recueil sur le recours ponctuel à l'hôpital et sur l'activité, les troisièmes sont liées aux limites de la classification en GHM et de l'échelle en points ISA.

Le déploiement actuel du PMSI

Si depuis 1997, le recueil des RSS couvre l'ensemble des secteurs public et privé, en revanche le champ des activités couvertes reste pour l'instant l'hospitalisation complète en MCO, c'est-à-dire le court séjour. Les activités dites d'hôpital ou de chirurgie de jour sont décrites imparfaitement par la classification actuelle. Le champ de l'ambulatoire n'a pas encore fait l'objet d'un recueil systématique similaire au RSS. Le champ du moyen séjour a fait l'objet du développement d'une classification spécifique, en cours d'expérimentation au niveau national. Le champ du long séjour et de la psychiatrie en est encore au niveau des travaux de recherche et développement.

Il faudra donc encore quelques années avant de pouvoir s'appuyer sur une connaissance complète et pertinente des activités du secteur hospitalier. Cette couverture fragmentaire pose un problème important en matière d'allocation des ressources. Puisque le seul champ couvert par le PMSI est le champ MCO, la procédure d'allocation budgétaire qui a été mise en œuvre requiert un retraitement comptable de la part des établissements publics et PSPH, dans le but d'isoler dans le budget général les dépenses afférentes à l'activité MCO, et qui font l'objet de la réallocation en fonction du nombre de points ISA. Même si ces retraitements comptables sont effectués selon des directives précises, il est clair qu'il existe toujours une marge conventionnelle dans l'imputation de charges indirectes entre le court séjour, et le moyen et le long séjour, qui ne font pas encore pour l'instant l'objet d'un calcul de points ISA.

L'analyse par séjour

La critique est classique et bien connue : en se focalisant sur l'analyse de chaque recours à l'hospitalisation, on ne rend pas compte d'une éventuelle trajectoire des malades avec des recours multiples à l'hôpital. En faisant cette critique, on se place alors du point de vue d'une analyse de la réponse aux besoins offerte par le système hospitalier, et d'une analyse de son efficience. On reste avec le PMSI au niveau élémentaire de l'étude du nombre de prestations de base. La réponse technique à ce problème serait la possibilité de « chaîner » les différents recours à l'hôpital pour un même malade au cours du temps, ce que ne permet pas pour l'instant la Cnil pour les établissements publics. De façon plus générale, toute analyse du seul secteur hospitalier ne permet pas de juger de l'adéquation de la réponse aux besoins de la population, puisqu'il peut exister des zones de substitution entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière. Cela justifierait une étude complète des trajectoires des malades au sein de l'ensemble du système de soins, grâce au « chaînage » de l'ensemble des recours, ce qui devrait être techniquement possible à terme grâce au déploiement du Réseau santé social. Notons cependant que cette critique n'est pas spécifique au PMSI.

La deuxième critique s'applique également à la classification en GHM : l'outil PMSI ne permet pas de dire si les recours observés à l'hôpital sont justifiés ou non, et si les soins donnés sont de bonne qualité. Autrement dit, il ne sert à rien de constater que tel établissement a fait plus d'appendicectomies qu'un autre, si on ne sait pas combien d'entre elles étaient réellement justifiées, et si on ne sait pas si elles ont été effectuées dans les règles de l'art.

Les limites de la classification en GHM et de l'échelle en points ISA

En sus des critiques précédentes – focalisation sur le séjour, et pas sur la trajectoire du malade, absence de norme de qualité, absence de critère de jugement sur l'adéquation d'une hospitalisation ou d'un acte – on peut émettre trois critiques à l'égard de la classification et de sa traduction en nombres de points ISA.

En premier lieu, la classification représente un compromis entre fidélité de description de l'activité, simplicité de manipulation et caractère discriminant en termes de coût. On peut donc toujours l'améliorer localement en redécomposant chaque groupe en sous-groupes plus homogènes d'un point de vue clinique, soit sur la base de critères diagnostiques, soit sur la base de critères de sévérité. Il est à noter que ce travail systématique est organisé au niveau national, et pris en charge par le Pôle d'étude et de références national en matière des nomenclatures de santé (Pernns). Par exemple, le Pernns a déjà travaillé sur les GHM de néonatalogie, de chimiothérapie, etc. Cet affinement des GHM se traduit ensuite par un réajustement du nombre de points ISA.

Le calcul d'un nombre de points ISA repose par ailleurs sur l'hypothèse forte que la dispersion observée dans l'étude nationale des coûts n'est pas trop forte par GHM, cette notion n'ayant pas pour l'instant été définie précisément de façon quantitative. Or, cette dispersion peut être forte parce que la classification n'est pas optimale (voir point précédent), mais

aussi parce qu'il existe des facteurs de dispersion « légitimes » qui ne sont pas pris en compte sur le RSS. On en mentionnera deux ici : le premier concerne la prise en compte des missions d'enseignement et de recherche, le deuxième facteur est relatif à la prise en charge par un établissement donné de populations socialement fragiles.

La troisième critique souligne que le paiement au forfait n'est pas adéquat pour toutes les prises en charge hospitalières, et que la dispersion observée des coûts révèle cette inadéquation. Par exemple, nombre d'hospitalisations sont justifiées par le constat d'un pronostic péjoratif d'évolution d'un état de santé requérant une surveillance 24 heures sur 24. Dans ce cas, la loi observable des durées de séjour et des coûts est souvent une exponentielle décroissante. Le paiement par forfait fondé sur une durée moyenne de séjour peut alors introduire un incitatif pervers à faire sortir les malades trop tôt, dès qu'ils ont atteint leur « quota de journées ». Or, compte tenu du caractère *a priori* non prévisible de la durée de séjour, on peut fort bien envisager dans ces cas le maintien d'un paiement à la journée, avec un tarif légèrement dégressif pour limiter une incitation inverse à garder les patients.

En résumé

Le PMSI ne couvre aujourd'hui que la part court séjour de l'activité hospitalière, et les données disponibles portent pour l'instant uniquement sur le secteur public et PSPH (le champ du privé est maintenant couvert en principe, mais il faut compter environ deux à trois ans avant que les données soient utilisables de façon routinière). On est donc face à une situation où l'on dispose d'un outil relativement sophistiqué pour une partie du système de soins, permettant éventuellement des réallocations, mais sans savoir si la précision atteinte n'est pas illusoire compte tenu de la moindre précision possible sur les autres activités hospitalières et même extrahospitalières. On reste dans une logique de réallocation partielle, par sous-secteur du système de soins. Par ailleurs, le PMSI permet de décrire l'activité, mais avec une focalisation sur le séjour au détriment d'une analyse des trajectoires, et sans que l'on puisse juger de l'adéquation des hospitalisations et de la qualité des soins. Enfin, les imperfections de la classification en GHM pourraient introduire des biais d'allocation inscrits dans l'échelle des points ISA.

Les apports du PMSI dans l'allocation des ressources et la correction des inégalités interrégionales

Comment tenir compte des limites précédemment présentées pour se servir néanmoins du PMSI ? Celui-ci représente en effet un changement de taille dans le système de soins français. D'une part, on connaît aujourd'hui de façon relativement fine quelle est la nature des prestations rendues par le secteur hospitalier public et PSPH, **soit à partir de**

la base des RSS, soit à partir de la conversion des RSS en GHM. D'autre part, on connaît également, certes avec une marge d'erreur, quels sont les écarts de ressources entre établissements, à nature et volume d'activité donnés. Dans deux ans, on connaîtra aussi l'activité du secteur privé, mais il faudra sans doute attendre un peu plus longtemps pour connaître les coûts sur une base comparable avec le secteur public.

Pour répondre à cette question, nous nous placerons au niveau de l'allocation interrégionale des ressources : dans l'un et l'autre cas, nous raisonnerons en deux étapes : la situation actuelle, où les données sont disponibles uniquement pour le secteur hospitalier public et PSPH, la situation future, où l'on disposera aussi de données exhaustives sur le secteur privé.

Une démarche idéale d'allocation des ressources aux régions partirait d'une analyse fine des besoins de soins de la population, en nature et en volume ; de la connaissance de la meilleure façon de répondre à ces besoins, permettant de situer les rôles respectifs de la médecine ambulatoire et du secteur hospitalier ; enfin, de la connaissance des pratiques efficaces de réponses à ces besoins dans chacun des secteurs. Le rapport principal a montré les difficultés liées à la mise en œuvre d'un tel idéal, à la fois pour des raisons d'absence de données pertinentes, mais aussi pour des raisons de fonds plus puissantes, comme celle de la définition opérationnelle de la notion de besoin de soins. Comment contribuer au débat, à partir des données PMSI ?

En raisonnant sur le secteur public seul

Dans la situation actuelle, le PMSI ne couvre que le secteur public. On ne peut donc mener d'analyse sur la satisfaction des besoins en soins hospitaliers de l'ensemble de la population. En revanche, le PMSI peut servir d'outil pour mettre en évidence des « réserves potentielles » d'offre de soins. Quatre approches sont esquissées ci-dessous à titre d'exemple :

- La première est fondée sur l'analyse des durées de séjour, en utilisant la base nationale des données constituée de l'ensemble des données remontant chaque année des établissements hospitaliers. Dans un premier temps, un sous-ensemble de GHM considérés comme satisfaisants à la fois d'un point de vue médical et économique (« dispersion » faible des données médicales et économiques) serait sélectionné. La base nationale servirait ensuite à repérer les établissements ayant les durées de séjour les plus courtes pour ces GHM. Ces durées pourraient être ajustées pour l'âge, éventuellement pour d'autres facteurs jugés pertinents. Elles seraient assorties d'intervalles de confiance. Ensuite, ces durées de séjour de référence seraient utilisées pour calculer le nombre de journées d'hospitalisation « standardisées » par région. Ainsi, pourrait-on mettre en évidence, avec une marge d'erreur, des capacités d'accueil différentielles suivant les régions. Le fait de ne choisir que des GHM « homogènes » permettrait aujourd'hui d'adopter une attitude prudente vis-à-vis d'activités pour lesquelles on peut penser que soit la classification n'est pas adéquate, soit l'activité

comporte des éléments de variabilité légitimes ne justifiant pas la détermination d'un standard.

- La seconde approche serait fondée sur l'estimation d'un potentiel de conversion de l'hospitalisation classique vers de l'hospitalisation de jour ou de chirurgie de jour. La méthodologie en est relativement simple. En premier lieu, selon les experts, une liste d'actes médicaux pouvant être réalisés en ambulatoire serait constituée. En deuxième lieu, le PMSI servirait à repérer, région par région (la même démarche peut se faire à l'intérieur d'une région), les séjours au cours desquels ces actes ont été effectués. Ensuite, une série de règles simples pourrait servir à estimer la proportion de ces séjours qui auraient pu, en théorie, être effectués en ambulatoire.
- La troisième approche est déjà celle qui est utilisée par la direction des Hôpitaux, pour constater des différences de dotation budgétaire entre régions, sur la base de la valeur régionale du point ISA. Rappelons que la base de ces comparaisons est le principe de « à activité identique », mais ne permet pas de préjuger ni de l'adéquation des hospitalisations, ni de la qualité des soins.
- La quatrième approche possible renvoie à l'utilisation des données de consommation de soins comme marqueur de besoins. Nous la mentionnons ici, non parce que nous la pensons légitime : mesurer les besoins de soins par la consommation observée revient à faire l'hypothèse que tous les soins délivrés sont adéquats et efficaces, ce qui paraît sinon audacieux, du moins pas réellement démontré. Mais la méthode de répartition des masses budgétaires pour le secteur hospitalier public tient pour partie compte des consommations de soins hospitaliers estimés, compte tenu de la structure d'âge et de sexe de la population de chaque région. Le principe en est le suivant : l'observation de la consommation de soins hospitaliers au niveau national sert à calculer des recours par classe d'âge et de sexe. Cette répartition nationale sert à calculer, par région, un taux de recours attendu à l'hôpital, tant public que privé. Le taux de recours public est ensuite obtenu en retranchant la part observée d'hospitalisations dans le secteur privé. Enfin, l'équivalent budgétaire est obtenu par l'application des prix de journée. Ce calcul pourrait aujourd'hui être grandement amélioré en tenant compte, dans le calcul des dotations budgétaires attendues au niveau régional, de l'activité des hôpitaux repérés grâce aux GHM, au lieu de travailler sur des nombres de journées ou de séjour non différenciés.

En raisonnant sur l'ensemble de l'hospitalisation

Les deux premières approches décrites ci-dessus sont évidemment répliquables avec les données du privé. Mais la connaissance complète des recours à l'hôpital sur une région permet d'ouvrir de nouvelles pistes d'évaluation.

- En premier lieu, la connaissance des flux interrégionaux d'hospitalisation serait possible de façon fine, par nature d'activité, ce qui

permettrait d'allouer des ressources en fonction de la population desservie, ou de la population résidente, selon les cas.

- En deuxième lieu, cela permettrait de calculer des taux régionaux d'hospitalisation *per capita*, ajustés sur l'activité, ou des taux régionaux d'intervention sur des actes chirurgicaux pour lesquels existe un fort pouvoir discrétionnaire des professionnels (effet d'induction). La mise en évidence d'écarts interrégionaux élevés est un indicateur d'efficacité (ou d'absence d'efficacité).
- Enfin, à terme, c'est la comparaison des coûts de fonctionnement des deux secteurs, public et privé, qui serait importante, mais celle-ci doit s'accompagner de précautions multiples de méthode.

En résumé

Malgré les limites présentées plus haut, le PMSI peut être très utile dans l'allocation interrégionale des ressources, parce qu'il permet une description fine de l'activité court séjour des établissements, soit au niveau des RSS, soit au niveau des GHM. On peut alors se référer à la base nationale des RSS, mettre en évidence des « capacités d'accueil » différentielles suivant les régions, ou construire des marqueurs indirects de productivité des établissements dans une région. La comparaison public/privé sera possible à terme, mais là aussi sous réserve de précautions méthodologiques permettant de prendre en compte la spécificité des deux secteurs.

Annexe VII Expériences étrangères d'allocation de ressources et application de la formule RAWP aux prestations d'assurance maladie

Expériences étrangères

Sur ces expériences est paru, en 1996, un rapport rédigé pour la Mire par C. Meyer et G. de Pouvoirville¹. Les pages qui suivent reprennent les conclusions de ce rapport, notamment tout ce qui touche aux procédures de répartition territoriale sur base populationnelle, pondérée par des facteurs individuels ou collectifs de risque. On exposera trois types d'expériences : celle mise en œuvre en Grande-Bretagne, celles tentées dans d'autres pays d'Europe, enfin, la mise en place de la récente réforme québécoise.

Le système d'allocation de ressources anglais (utilisé de 1975 à 1990)

Après la réorganisation du NHS intervenue en 1974 et regroupant les différents services sous une même autorité à trois niveaux géographiques (DHSS – région – district), un groupe de travail, le Ressource Allocation Working Party (RAWP), élabore une formule de répartition des ressources basée en partie sur des indicateurs d'appréciation du besoin. Son objectif est la distribution des fonds entre les 14 régions.

La procédure RAWP est mise en place en 1975. Elle sera utilisée jusqu'en 1990. À l'origine, elle devait permettre de répartir les ressources dans un système où certaines régions étaient très déficitaires, sans néanmoins « étrangler » les régions excédentaires. Mesurer l'écart entre la dotation théorique et la situation effective de dotation de certaines régions permettait de doter inégalement pour progresser vers l'équité interrégionale des ressources. La procédure fournissait ainsi une règle de correction de la dotation historique spontanée qui, comme en France, favorisait les régions plus riches (économiquement et sanitaire) au détriment des autres.

1. Meyer C., de Pouvoirville G., *La répartition régionale des dépenses dans les systèmes de soins. Procédures et fonctionnement*, Rapport pour la Mire, avril 1996. Le rapport est résumé dans une note de synthèse publiée dans *Mire Info*, n° 36, novembre 1996:62-65.

Le champ couvert

La formule RAWP ne concerne à l'origine que 75 % environ du montant total du budget sanitaire, représentant approximativement la part des dépenses hospitalières. Les dépenses afférentes aux médecins généralistes, opticiens, dentistes et pharmacies sont donc exclues de la procédure (les budgets sont alloués directement par le DHSS aux Family Practitioners Committees).

La part financée par le RAWP est décomposée en sept services pour lesquels les besoins sont évalués séparément : hospitalisation non psychiatrique (y compris moyen et long séjour) ; consultations externes hospitalières (sauf psychiatriques) ; hospitalisation psychiatrique ; hospitalisation pour les handicapés mentaux ; services de santé communautaires (dispensaires) ; transports sanitaires ; administration.

À l'origine, il n'existe pas de règles de répartition infrarégionale et chaque région reste libre de répartir à son gré les fonds entre les collectivités, les établissements et entre les catégories de services.

Les enveloppes respectives des régions sont calculées en valeurs relatives du budget national total à répartir. Chaque région se voit en fait attribuer deux enveloppes différentes, l'une pour les dépenses de fonctionnement et l'autre pour les dépenses d'investissement.

Les critères de répartition

Les calculs de différences des besoins entre régions sont fondés sur la taille de la population, sa structure par âge et par sexe, un facteur de morbidité :

- La taille de la population : le paramètre de base est la population régionale (connue avec précision au moment du recensement) ;
- La structure âge x sexe : elle est prise en compte en appliquant à la population régionale (découpée par tranches d'âge) les taux d'hospitalisation de chaque tranche d'âge observés au niveau national. Par taux d'hospitalisation on entend ici le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation observées au niveau national pour une tranche d'âge et l'importance de cette tranche d'âge dans la population nationale ;
- L'indicateur de morbidité : celui qui est retenu dans la procédure RAWP est la mortalité. Plus précisément, le Standardized Mortality Ratio (SMR), qui compare le nombre de décès dans la région à la mortalité attendue si les taux de mortalité nationaux par âge et par sexe étaient ceux de cette région. L'indicateur porte uniquement sur la mortalité avant 75 ans, considérée comme une mortalité « prématurée ». Qu'il s'agisse de mortalité évitable pour raisons sociales, de la fragilité d'une population ou d'autres raisons encore, la mortalité prématurée plus élevée est, dans cette formule, seule retenue pour traduire des situations de santé particulières et des besoins de santé plus importants.

La consommation théorique de la région exprimée en nombre de journées d'hospitalisation est obtenue par une formule reproduite en note².

Le calcul des montants de dotation

Le budget de fonctionnement (hors formation)

Une fois calculée la consommation théorique en nombre de journées d'hospitalisation pour une région, on la rapporte à la somme des consommations théoriques de l'ensemble des régions pour obtenir le pourcentage du nombre de journées théoriques de la région considérée. Le pourcentage théorique des dépenses est estimé identique à celui des journées, ce qui signifie que les coûts relatifs des services ne sont pas pris en compte.

L'application de la formule est différente en fonction des sept types de services cités plus haut. Dans certains cas, un facteur correctif des flux des patients interrégionaux est appliqué (pour que la formule prenne en compte la population réellement desservie).

Des corrections à la hausse sont effectuées dans certaines régions où le coût du travail est jugé plus élevé (le coût du travail est le seul indicateur de coût relatif des services) ; de même si la demande de soins plus coûteux y est élevée. Ces régions bénéficient alors d'un taux supérieur à celui résultant des calculs initiaux.

Le budget d'investissement

Le calcul de l'enveloppe théorique par région s'effectue dans le cadre de la procédure RAWP selon les mêmes modalités que le budget de fonctionnement à quelques nuances près : des projections démographiques sur cinq ans sont utilisées pour définir la population de référence ; les flux interrégionaux ne sont pas pris en compte.

Pour confronter la répartition théorique obtenue à la répartition actuelle, il a fallu valoriser le capital actuel des régions en partant du coût standard du lit (valeur 1961) auquel on a ajouté les investissements effectués depuis 1962, le tout corrigé d'un taux d'actualisation de 2,4 % par an (approximativement).

Essai de jugement

Les critiques émises à l'égard de l'expérience britannique portent sur les éléments suivants :

- Le nombre de journées d'hospitalisation utilisé comme indicateur de consommation de ressources, ce qui revient à assimiler, d'une part, la consommation au besoin, d'autre part, la journée d'hos-

2. Nombre de journées = $SMR \times \sum_i \sum_j \frac{PR_{ij}}{PN_{ij}} \times NJ_{ij}$

où : i = sexe, j = âge, PR_{ij} = population de la région dans la tranche d'âge ij, PN_{ij} = population nationale dans la tranche d'âge ij, NJ_{ij} = nombre de journées d'hospitalisation observées au niveau national pour la tranche d'âge ij.

pitalisation à la consommation (ce qui risque de perpétuer les inégalités d'offre entre régions) ;

- Le calcul du nombre attendu de journées sur base de la consommation nationale moyenne, ce qui érige celle-ci en norme ;
- La valorisation monétaire des besoins exprimés en journée, toutes les journées ayant le même poids économique ;
- L'approche de la morbidité par la mortalité (ce qui conduit à sous-estimer le poids de maladies lourdes mais non létales, telles les atteintes psychiatriques) ;
- La non-prise en compte des facteurs socio-économiques ;
- Le maintien de financements sectoriels, ce qui limite la portée redistributive de l'expérience.

La procédure RAWP, utilisée dans des périodes de croissance des ressources, a permis une certaine redistribution entre les régions, en faisant croître inégalement les dotations régionales. Mais, lorsque le pouvoir redistributif de la formule est devenu supérieur à la variation du budget annuel au point d'entraîner pour certains une diminution de ressources d'une année sur l'autre, le refus de la procédure s'est amplifié au point de la mettre en cause.

La réforme actuelle du financement du NHS aboutit à dissocier le mécanisme global de financement des modes d'allocation des ressources. Hors du Royaume-Uni, il est frappant de constater que la procédure RAWP a modelé les procédures d'allocation régionale des ressources aux systèmes de santé. Adaptée aux particularités nationales, elle inspire tous les systèmes. Tous ont critiqué les indicateurs utilisés et l'esprit du RAWP, tous font aujourd'hui du RAWP plus ou moins amélioré, dès lors que l'on quitte la simple capitation. Les plus récents travaux québécois eux-mêmes restent fondés sur cette démarche : l'ajustement des ressources à des besoins exprimés sur la base de l'importance de la population, pondérée par des données d'âge, de sexe et de mortalité.

Autres expériences en Europe

En Italie : le financement du Service national de santé dans un processus de décentralisation administrative

Initialement, les crédits étaient répartis sur la base d'une combinaison linéaire de l'effectif de la population pondérée par des indices de morbidité (70 à 85 % de la dotation) et par le chiffre actualisé des dépenses antérieures (30 à 15 % de la dotation).

Après diverses modifications, les ressources sont aujourd'hui allouées en tenant compte de la structure par âge ajustée de facteurs d'offre et de demande. Le système prévoit que les régions doivent financer tout dépassement de dépenses dans les unités locales de soins.

En Europe du Nord : les systèmes de financement croisés des pays d'administration décentralisée

Dans les pays d'Europe du Nord, la décentralisation importante des services publics aboutit à des systèmes de financement qui oscillent entre

la dotation globale de fonctionnement et des dotations sectorielles. Le critère démographique reste la base de fixation du montant des dotations.

En Finlande

En 1993, le système de subventions publiques des services sanitaires et sociaux est réaménagé dans le cadre d'une réforme de l'ensemble des subventions de l'État. Les subventions sont définies sur la base de critères essentiellement démographiques : structure de la population par âge, morbidité, densité de population, délimitation géographique. La richesse relative de la municipalité est prise en compte mais, les subventions une fois versées, les municipalités ont toute latitude pour fixer les prix et organiser les prestations de services.

En Norvège

Jusqu'en 1994, des dotations sont versées pour les différentes activités du secteur public (santé, éducation, culture...). Les critères utilisés pour la santé sont le nombre d'habitants, la structure par âge et le taux de mortalité. Depuis 1994, la dotation est globale et indifférenciée.

En Suède

La réforme de l'assurance maladie, dite « réforme Dagmar », au cours des années quatre-vingt et un réaménagement intervenu à la fin des années quatre-vingt, visent à réformer les financements alloués aux comtés et, désormais, à allouer les ressources aux districts de santé en fonction des besoins de la population, c'est-à-dire sur la base du nombre de personnes à desservir. Mais le financement des services de santé, notamment hospitaliers, est ajusté à l'activité.

Alors que, dans la procédure RAWP, les ressources des services de santé qui seront réparties entre les hôpitaux sont définies sur la base de critères populationnels, le cheminement du système suédois introduit progressivement l'idée que, si les ressources de la collectivité dépendent de la population (besoins), les ressources des services dépendent du service effectivement rendu ; par des incitations concurrentielles et des transactions d'achat/vente entre districts et hôpitaux, il n'y a pas nécessairement adéquation entre les ressources dont dispose la population et les recettes des structures.

La réforme québécoise (en cours)

La réforme entreprise au Québec en 1994 modifie profondément les procédures de gestion et de financement du système de santé puisqu'elle transfère aux provinces une part importante des financements et des décisions. On décide d'allouer équitablement les ressources entre provinces en fonction des **besoins, ceux-ci étant définis comme « des écarts de santé ou de bien-être entre les populations régionales et l'ensemble québécois, susceptibles d'être réduits grâce à l'intervention du réseau des services sociaux et de santé »**. On expose ci-après l'état des réflexions dans la mise en œuvre de la répartition interrégionale.

La répartition des ressources se fait dans le cadre de huit « programmes-clientèles », les services de santé étant financés au titre des différents programmes auxquels ils concourent. Ces huit programmes sont les suivants :

- santé physique (48,8 % des ressources) ;
- santé mentale (8,7 %) : programme destiné aux personnes présentant des troubles mentaux ;
- santé publique (1,5 %) : action sur les déterminants ;
- personnes âgées en perte d'autonomie (21,6 %) ;
- personnes présentant une déficience physique (8,6 %) ;
- personnes présentant une déficience intellectuelle (2,3 %) ;
- les jeunes en difficulté et leur famille (7 %) ;
- les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et d'autres toxicomanies (1,5 %).

Pour chacun des programmes, on recherche les indicateurs de besoin pertinents. Ainsi, pour le programme « santé physique », on a retenu : la taille de la population, la structure âge x sexe, les valeurs régionales d'indice comparatif de mortalité pour les 0-74 ans ; pour le programme santé mentale, la taille de la population de plus de 14 ans, la structure âge x sexe, le niveau de morbidité mesuré par le taux d'hospitalisation pondéré par l'âge, le sexe, l'état matrimonial et un indice synthétique de santé mentale ; pour le programme santé publique : la taille de la population, le taux régional d'années potentielles de vie perdues.

On obtient ainsi, pour chaque région et pour chaque programme, un indice des besoins.

Une procédure d'allocation interrégionale des ressources est en cours d'élaboration, prenant en compte les indices de besoins relatifs, les coûts relatifs des services et le degré de dépendance de chaque région.

Application de la formule RAWP aux prestations d'assurance maladie

On a vu précédemment que cette formule, utilisée en Grande-Bretagne pour répartir les dotations hospitalières, permettait de mesurer, pour chaque région, l'écart entre la dotation théorique et la dotation effective.

Des simulations s'inspirant de cette méthode ont été effectuées dans le cas de la France, appliquées à l'ensemble des prestations maladie. On présentera tout d'abord une première simulation reprenant explicitement la formule utilisée en Grande-Bretagne. On exposera ensuite le résultat de simulations recourant à d'autres critères de besoins que ceux inclus dans la formule britannique.

Une première tentative de mesure de la dotation régionale théorique des prestations d'assurance maladie

Dans le rapport *Santé 2010. Les inégalités de santé*, une tentative avait été faite par l'atelier sur les inégalités sociales de santé pour mesurer les inégalités dans les niveaux de prestations d'assurance maladie consommées par chaque région³. Cet essai consistait à comparer les prestations effectivement versées par les principaux régimes à un montant théorique inspiré de la procédure britannique RAWP. Redisons que le principe d'équité retenu est de fournir à chaque région les mêmes services à besoins supposés identiques, ce qui revient à fournir à chaque région le montant de prestations des régimes obligatoires correspondant à ses besoins, ceux-ci étant définis en fonction de la structure d'âge et de l'état de santé mesuré par l'indice comparatif de mortalité⁴ (ICM).

Méthode de calcul

Les étapes du mode de calcul de la dotation théorique d'une région et de l'écart de cette dotation par rapport à la dotation réelle sont les suivantes :

- on partage la population du pays et de chaque région en classes d'âge ;
- pour chaque classe d'âge (x), on relève la valeur moyenne des prestations versées aux assurés sociaux au niveau national (D_x) : données fournies par le panel de la Cnamts ;
- pour chaque région (i) et pour chaque classe d'âge (x), on multiplie le montant moyen constaté au niveau national par l'effectif (P) de cette classe (P_{xi}) ;
- la somme de ces montants pour toutes les classes d'âge dans la région est multipliée par la racine carrée de l'indice comparatif de la région (ICMi) ;
- on obtient ainsi, pour chaque région, la dotation théorique de prestation (O_i) ;
- la dotation réelle (C_i) est rapportée à cette dotation théorique (O_i), ce qui permet de calculer un indice de sur-dotation (> 100) ou de sous-dotation (< 100).

La formule permettant de calculer O_i est la suivante : $O_i = \sum_x (D_x * P_{xi}) * \sqrt{ICMi}$

Une première estimation avait été effectuée pour l'année 1990. Elle portait sur les prestations versées par quatre régimes (Cnamts, Canam, MSA, régime minier) aux résidents d'une région au titre des dépenses de médecine de ville, d'hospitalisation privée et d'hospitalisation publique. A. Jourdain a reproduit les calculs pour les années 1990 à 1994. Les résultats de ces deux simulations sont consignés dans le tableau I, qui classe les régions au regard du critère de sur ou sous-dotation.

3. *Santé 2010. Les inégalités de santé*, Rapport d'atelier in « Équité et efficacité du système de santé », Éd. Commissariat général du Plan, Paris, *La Documentation Française*, 1993:148-151.

4. Rappel : L'indice comparatif de mortalité est un indice de mortalité corrigé des effets de structures d'âge et de sexe.

Tableau I
Estimation de l'écart entre dotation théorique et dotation effective
des prestations d'assurance maladie dans les régions françaises en 1990 et 1994

Régions	Rang (1)	1990 indice d'écart de dotation (2)	Rang (1)	1994 indice d'écart de dotation (2)
Corse	1	120	1	122
Île-de-France	2	116	3	115
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	3	115	2	118
Midi-Pyrénées	4	112	4	110
Limousin	5	103	5	104
Languedoc-Roussillon	6	100	6	103
Alsace	7	100	8	98
Picardie	8	100	10	96
Basse-Normandie	9	99	9	97
Franche-Comté	10	98	11	96
Aquitaine	11	97	7	99
Rhône-Alpes	12	97	12	96
Auvergne	13	96	13	95
Centre	14	94	14	94
Champagne-Ardenne	15	94	16	94
Poitou-Charentes	16	93	17	92
Pays de la Loire	17	92	15	94
Haute-Normandie	18	91	19	91
Bourgogne	19	91	21	90
Bretagne	20	90	20	90
Lorraine	21	85	18	91
Nord-Pas-de-Calais	22	83	22	82

(1) Les régions sont rangées par ordre décroissant de sur-dotation en 1990.

(2) L'indice 100 signifie un écart nul ; indice > 100 : sur-dotation ; indice < 100 : sous-dotation.

Calculs : A. Jourdain, (ENSP).

La lecture de ce tableau appelle les commentaires suivants :

- Quatre régions apparaissent sur-dotées : Corse, Île-de-France, PACA, Midi-Pyrénées. Ces quatre régions sont celles où la rémunération unitaire de l'activité des centres hospitaliers, qui représentent les deux tiers des prestations versées par l'assurance maladie, est la plus élevée (de 2 326 F à 2 588 F par équivalent journée contre 2 174 F en moyenne nationale, selon E. Coca⁵). Cette dotation élevée peut s'expliquer par une forte densité médicale (Midi-Pyrénées, Île-de-France) et/ou par une offre importante de lits par habitant (Corse, PACA, Île-de-France).
- Huit régions se situent entre l'indice 103 (Languedoc-Roussillon) et 97 (Rhône-Alpes).
- Neuf régions sont sous l'indice 96, dont une particulièrement défavorisée : le Nord-Pas-de-Calais (83). Dans ces régions, le faible niveau d'équipement s'accompagne d'une forte surmortalité.

5. E. Coca, *Les inégalités entre hôpitaux*, Paris, Berger-Levrault, 1995.

- Entre 1990 et 1994, le classement des régions s'est un peu modifié, mais le degré d'inégalité ne s'est pas réduit (le rapport plus dotée/moins dotée, qui était de 144,6 % en 1990 est passé à 148,8 % en 1994). Cette dernière observation est à rapprocher de celle concernant l'expérience britannique après la mise en œuvre de la procédure d'affectation des ressources selon la procédure RAWP pour les seules dépenses d'hospitalisation ; l'écart entre les régions sous-dotées et les régions sur-dotées, qui variait de 88 à 113 en 1979, ne s'étendait plus que de 95 à 107 en 1989, traduisant ainsi une forte réduction des inégalités de dotation (le rapport plus dotée/moins dotée est passé de 128,4 % à 112,6 %).

Les résultats auxquels cet essai aboutit doivent être accueillis avec toute la prudence méthodologique qui s'impose : il ne s'agit pas d'une formule opérationnelle permettant de calculer des enveloppes régionales, mais d'une tentative de mesure des inégalités régionales ; les versements étudiés s'adressent non à des structures régionales, mais à des résidents d'une région ; on ne tient pas compte des taux d'urbanisation ; les calculs effectués reposent en partie sur des conventions ; les prix ne sont pas standardisés, les montants portent sur les prestations d'assurance maladie publiques et ne comprennent pas les dépenses payées par les usagers eux-mêmes, les mutuelles ou les assurances privées.

Néanmoins, cet exercice a le mérite de mettre en lumière les écarts de dotations entre régions, écarts qui rejoignent les ordres de grandeur d'autres indicateurs (par exemple, dépense par personne protégée, valeur des points ISA). De plus, à partir d'une méthodologie de calcul identique adoptée entre 1990 et 1994, il souligne le maintien de l'ampleur des inégalités au cours du début de cette décennie 1990.

Le recours à d'autres critères de besoins pour mesurer la dotation régionale théorique

Dans la formule RAWP utilisée précédemment, le critère de besoin auquel on recourt est l'âge pondéré par la racine carrée de l'ICM.

D'autres calculs ont été effectués par A. Jourdain, pour l'année 1994, en prenant en compte six indicateurs de besoin.

Avant d'exposer les résultats de ces simulations, on présente les six indicateurs utilisés :

- Le nombre de personnes concernées : cet indicateur repose sur l'idée que le nombre d'habitants d'une région détermine l'ampleur des besoins : plus on est nombreux, plus les besoins sont importants ;
- Le nombre de décès : cet indicateur traduit le besoin en soins, généralement intenses et coûteux, observés durant la période précédant le décès. Par rapport à l'indicateur précédent, il tient compte de l'état de santé dans la population ;
- Le montant moyen de dépenses de soins par âge : par rapport aux deux indicateurs précédents, cet indicateur présente l'avantage de ne pas trop surévaluer l'effet des personnes les plus âgées dans

la population, tout en tenant compte de l'effet de la structure par âge ;

- Le montant moyen de dépenses de soins par âge, pondéré par un indicateur d'état de santé. Étant donné les informations disponibles, l'état de santé est approché par la mortalité, ce qui donne lieu à l'établissement de plusieurs indicateurs parmi lesquels on retient :
 - L'indicateur comparatif de mortalité générale (ICM) : rapport, en pourcentage, du nombre de décès observés au nombre de décès attendus, si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux,
 - La mortalité prématurée : ensemble des décès survenus avant 65 ans,
 - La mortalité évitable : ensemble des décès survenant avant 65 ans et qui pourraient être évités, compte tenu des connaissances médicales et de l'état du système de soins.

Les résultats des simulations effectuées sont consignés dans le tableau II, dont on tire les commentaires suivants :

- Les indicateurs 3 (montant moyen de dépenses de soins pondéré par l'âge) et 4 (indicateur 3 pondéré par l'ICM) conduisent à des résultats proches : la marge de variation est de $\pm 10\%$. La prise en compte de l'ICM accentue les écarts de dotation (le rapport entre les six régions extrêmes passe de 1,34 à 1,41).
- Le recours à l'indicateur 1 (nombre de personnes concernées) bouleverse fortement ce classement des régions, tout en gardant l'importance des écarts proches des précédents entre les régions extrêmes. Les régions que l'on sait surdotées ne le seraient plus : la raison principale en est qu'elles bénéficient d'un état de santé plutôt bon.
- Le recours à l'indicateur 2 (nombre de décès) rapproche la distribution de celle obtenue avec l'indicateur 3.
- Enfin, le recours aux indicateurs 5 et 6 (mortalité prématurée et mortalité évitable) accentue les écarts entre régions extrêmes (respectivement 1,68 et 1,82), ne change guère le classement des régions sous-dotées, mais modifie légèrement le classement des régions surdotées (notamment pour les régions Midi-Pyrénées, PACA et Île-de-France).

Deux conclusions se dégagent de cette simulation : le choix de l'indicateur de besoin influe fortement sur les résultats observés, notamment lorsqu'on introduit la pondération par l'âge et par la mortalité. Aussi convient-il d'être très prudent dans ce choix et de veiller à ce que ce dernier soit validé par des études techniques.

Tableau II
Estimation de l'écart entre dotation théorique et dotation effective
des prestations d'assurance maladie dans les 22 régions françaises, en 1994 :
variation selon l'indice de besoins retenu

	Nombre de personnes concernées		Nombre de décès		Montant moyen dépenses soins par âge		Montant moyen dépenses soins pondération par ICM		Montant moyen dépenses soins pondération mort. prém. évit.		Montant moyen dépenses soins pondération mort. évit.	
	1		2		3		4		5		6	
Corse	(19)	84	(2)	113	(1)	119	(3)	116	(2)	123	(2)	136
Île-de-France	(4)	107	(1)	133	(3)	111	(1)	121	(4)	118	(3)	128
Paca		88	(3)	109	(2)	115	(2)	118	(3)	122	(4)	127
Midi-Pyrénées	(22)	78		100	(4)	105	(4)	112	(1)	135	(1)	141
Limousin	(16)	87	(21)	83	(6)	101	(6)	101	(8)	103	(9)	103
Languedoc-Roussillon	(18)	86	(14)	91	(8)	99	(5)	102	(5)	112	(5)	108
Alsace	(6)	100	(4)	107	(4)	105	(14)	94	(8)	103	(8)	104
Picardie		95		99	(6)	101	(19)	91		87		83
Basse-Normandie	(21)	83		96		98	(12)	95		96	(13)	92
Franche-Comté	(1)	133		99		97	(9)	97	(10)	102	(10)	100
Aquitaine		92	(15)	88		97	(7)	99	(5)	107	(7)	107
Rhône-Alpes	(2)	113		102		95	(8)	98	(7)	106	(5)	108
Auvergne	(18)	86	(19)	84		96		92		88		89
Centre		99	(15)	87	(19)	91	(9)	97		96	(18)	81
Champagne-Ardenne		96	(13)	92	(15)	95	92	(18)		85	(17)	82
Poitou-Charentes		98	(21)	83	(21)	88	(12)	95	(11)	99	(11)	97
Pays de la Loire		91		98	(18)	93	(9)	97		93	(12)	93
Haute-Normandie		98	(12)	95	(17)	94	(19)	91	(19)	83	(20)	79
Bourgogne	(21)	83	(22)	78	(22)	88	(20)	89	(18)	85	(16)	84
Bretagne	(3)	109	(18)	86	(15)	95	(21)	86	(21)	80	(22)	78
Lorraine	(7)	99	(12)	95	(17)	94	(19)	91	(20)	82	(20)	79
Nord-Pas-de-Calais	(5)	102	(18)	86	(20)	90	(22)	76	(22)	67	(22)	65
Rapport entre les régions extrêmes	355/245 1,45		355/244 1,45		345/258 1,34		355/251 1,41		380/225 1,68		405/222 1,82	

L'indice 100 signifie un écart nul ; indice > 100 : sur-dotation ; indice < 100 : sous-dotation (les chiffres entre parenthèses indiquent l'ordre décroissant de sur-dotation).
Calculs : A. Jourdain, (ENSP).

Annexe VIII Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en 1997 : une présentation critique

Les ordonnances d'avril 1996 ont posé le principe d'une déclinaison régionale des enveloppes destinées à la médecine ambulatoire et aux établissements de soins. La régionalisation des enveloppes financières entendue comme un moyen de réduction des inégalités géographiques a concerné en 1997 deux secteurs :

- La médecine de ville : les objectifs quantifiés nationaux s'imposant aux généralistes d'une part et aux spécialistes d'autre part, ont été déclinés au niveau régional suivant une méthodologie précisée dans les conventions médicales. Ces objectifs régionaux ne sont pas opposables, mais sont pris en compte pour la détermination des reversements en cas de non-respect de l'objectif national (seuls les médecins exerçant dans des régions ayant dépassé leur OQR sont concernés par ces reversements). La déclinaison des objectifs médecins est effectuée par la Cnamts (direction de la Gestion du risque). Pour 1998, il est prévu dans les conventions médicales que l'objectif quantifié national (OQN) spécialistes soit régionalisé par spécialité.
- Les hôpitaux du secteur public : suite à l'ordonnance du 24 avril 1996, une nouvelle méthode de régionalisation des dépenses hospitalières a été mise en place par la direction des Hôpitaux.

En 1998, la régionalisation devrait être étendue au secteur des cliniques privées dans le champ contractuel. Toutefois, pour 1998, la régionalisation dans ce secteur se limitera vraisemblablement à isoler une ou deux enveloppes de péréquation au niveau national, et à répartir ces enveloppes entre les régions en fonction de critères à définir mais qui resteront probablement plus liés à l'activité des régions ou à d'éventuelles opérations de restructuration qu'à la prise en compte de la population régionale. Ce processus de régionalisation envisagé de manière transitoire pour 1998 est assez différent de celui mis en place pour l'hospitalisation publique ou la médecine de ville, et ne sera pas évoqué ici. On notera simplement que ce processus s'apparente à une des méthodes alternatives envisagées à la fin de cette note.

Les deux méthodes de péréquation mises en œuvre en 1997 reposent sur une réduction progressive des écarts des consommations régionales

à des consommations cibles, calculées à partir d'indicateurs de besoin par individu. À l'hôpital, l'allocation régionale des ressources tient aussi compte des productivités respectives des différentes régions (mesurées à partir des valeurs du point ISA).

Dans chaque cas, les principales étapes de la méthode sont les suivantes :

1. **Estimation des besoins régionaux** à partir de critères démographiques (nombre d'individus corrigé en fonction des différences de recours selon l'âge).
2. **Calcul de la demande moyenne adressée au secteur soumis à péréquation.**
3. **Calcul des objectifs cibles, en fonction des besoins et (pour l'hôpital) de la productivité de la région.**
4. **Détermination des objectifs de l'année suivante à partir d'une règle de réduction partielle des écarts à la cible.**

Ces similarités dans la démarche dissimulent en fait de nombreuses différences dans les choix opérés à chaque étape, comme va le montrer cette note, avant d'esquisser des perspectives d'évolution.

Les méthodes actuelles

Estimation des besoins régionaux

Pour la médecine de ville comme pour l'hôpital, l'évaluation des « besoins » se base sur la population résidant dans la région. La prise en compte de la structure par âge permet de nuancer le critère du nombre d'habitants de la région en fonction de la morbidité. La pondération affectée aux différentes tranches d'âge correspond à une consommation nationale moyenne de soins, qui est ainsi érigée en norme. Dans les deux cas, la population de référence provient d'une estimation Insee.

Le champ à utiliser pour évaluer les besoins et l'évaluation des flux de population

Les dépenses entrant dans le champ des objectifs régionaux ne correspondent tout à fait ni dans un cas ni dans l'autre aux dépenses des résidents de la région. Pour la médecine de ville, les dépenses encadrées sont celles qui bénéficient aux **assurés** d'une région. Elles peuvent différer de celles des résidents d'une région, lorsqu'un assuré social est rattaché à une CPAM n'appartenant pas à sa région de résidence (certaines personnes âgées en maison de retraite par exemple). Les dépenses prises en compte pour l'hôpital public correspondent, elles, aux dépenses encadrées des **établissements** installés dans la région. Si se baser sur les dépenses générées par les professionnels d'une région facilite l'acceptation d'objectifs régionaux opposables par ces derniers, ce choix a l'inconvénient de moins bien se prêter à l'application d'un principe d'allocation en fonction des besoins.

La prise en compte des **flux de population** peut être envisagée aussi bien pour la médecine de ville que pour l'hôpital public. Pour la médecine de ville toutefois, elle peut ne pas être indispensable, car on peut sou-

haïter que chaque région puisse être autosuffisante pour les recours de proximité¹. Le problème pourrait être plus sensible si l'on descendait à un échelon territorial plus fin ou si la régionalisation venait à s'effectuer spécialité par spécialité. La méthode de péréquation utilisée pour l'hôpital public a été modifiée en 1998 pour prendre en compte les flux (à hauteur de 50 %). La correction pour flux interrégionaux n'est pas effectuée au niveau des dépenses, mais porterait directement sur la cible : chaque dotation régionale cible déterminée en fonction des besoins et de la productivité serait augmentée de la moitié du solde des flux.

La prise en compte de l'évolution de la population

Un premier problème posé par la dimension temporelle de l'exercice de péréquation est la question de **l'actualisation des données utilisées**.

Sur l'exemple de l'hospitalisation publique, le Crédes souligne que le seul fait d'actualiser les populations régionales (passage des données du recensement de 1990 à une estimation de population Insee au 1^{er} janvier 1995), les nombres moyens d'entrées en hospitalisation par âge (exploitation des enquêtes de morbidité 1990 et 1993 au lieu de celle de 1987), et les clés de répartitions entre hospitalisation publique et privée (des nombres d'entrées issus d'une enquête de 1995 remplaçant des données de 1980 et 1992) modifie fortement le diagnostic que l'on peut porter sur certaines régions. Par exemple, la Lorraine, qui était considérée comme sous-dotée (– 3,9 %) devient surdotée (+ 1,3 %). À l'inverse, le Languedoc-Roussillon, qui était jugé surdoté (+ 6,5 % par rapport à la dotation cible) devient sous-doté (– 2,2 %). Le Crédes souligne que ces évolutions résultent pour l'essentiel des évolutions démographiques (l'actualisation des données de consommation médicale ayant un impact plus marginal) : de 1990 à 1995, l'évolution de la population du Languedoc-Roussillon a été de 5 %, contre 2,4 % pour la France entière.

Au-delà de ce premier problème se pose celui de **l'anticipation des évolutions démographiques**. Si, pour la médecine de ville, le calcul de l'allocation régionale des dépenses tient compte de l'évolution prévisionnelle de la population de la région, ce n'est pas le cas pour l'hôpital public.

À première vue, anticiper ou non l'évolution de la population de la région peut sembler avoir une incidence limitée sur le long terme : on peut penser que l'effet d'une moindre évolution de la dépense régionale une année donnée, due à l'absence de prise en compte de la croissance de la population, sera compensé l'année suivante par le simple fait d'actualiser la population régionale. C'est ce qui se produit avec la méthode de péréquation utilisée pour l'hôpital public. À long terme, l'écart relatif entre dotation effective et dotation souhaitable est égal au taux d'évolution de la population.

1. La prise en compte des migrations touristiques, qui serait justifiée si les dépenses soumises à péréquation étaient celles générées par les professionnels d'une région, ne s'impose plus dès lors que les dépenses soumises à péréquation sont celles des assurés ou des habitants d'une région : ce n'est alors pas le lieu d'exécution de la dépense qui compte, mais l'origine régionale du patient.

En revanche, avec la méthode utilisée pour la médecine de ville, ne pas tenir compte de l'évolution prévisionnelle des populations régionales conduit à minorer *chaque année* l'évolution des régions qui se peuplent le plus, et à majorer celle des régions qui ont la démographie la moins vive. Ces différentiels d'évolution se cumulent donc d'une année sur l'autre. En effet, les corrections des enveloppes régionales annuelles s'appuient sur une comparaison de la consommation régionale par habitant observée et la consommation souhaitée. Or la consommation régionale par habitant compatible avec le respect de l'objectif de dépenses régional est faible dans les régions qui se développent (car le calcul de l'objectif est basé sur un nombre d'habitants sous-estimé) : la consommation par habitant visée pour l'année suivante restera donc faible (d'autant plus que le processus de correction des inégalités est très progressif). L'enveloppe allouée pour l'année suivante, produit d'une consommation unitaire faible avec un nombre d'habitants également trop faible est donc doublement sous-estimée². À titre d'illustration, si l'on reprend la méthode de péréquation des dépenses médicales qui a été utilisée pour 1997, l'évolution prévue des honoraires des omnipraticiens du Limousin (la seule région qui se dépeuple) était de 1,84 %. S'il n'avait pas été tenu compte de l'évolution de la population, l'objectif aurait été de 2,25 %³. Inversement, en Pays de Loire, l'objectif pour les évolutions des honoraires d'omnipraticiens était de 2,81 %. Ne pas tenir compte de la forte croissance de la population de cette région aurait conduit à retenir un taux de 2,48 %. Au bout de quatre ans, s'il n'avait pas été tenu compte de projections démographiques, les objectifs de dépenses d'honoraires pour les généralistes du Limousin auraient été majorés de 2 % et ceux des généralistes des Pays de Loire minorés de 1,5 %.

2. Par exemple, si l'on suppose que la consommation souhaitable par habitant vaut 1, et que l'on étudie le cas d'une région comportant une population de 100 (consommant 100) qui croît de 1 % par an à partir de la première année (à population nationale constante), la non-anticipation de l'évolution de la population se traduit de la manière suivante : la première année, la consommation par habitant est correctement estimée en rapportant les dépenses observées à la population. Elle vaut 1, soit la norme nationale. Aucune correction n'apparaît nécessaire, et l'enveloppe régionale fixée pour l'année suivante est de 1×100 , soit 100. En fait, la population réelle de l'année 1 est 101. Si les dépenses restent dans l'enveloppe (ou, ce qui revient au même, si les dépenses prises en compte pour la suite de la régionalisation sont les objectifs de dépenses de l'année précédente), la consommation réelle par habitant aura été de $100/101$, soit environ 0,9901. Il y a donc un écart relatif d'environ 1 % ($1/101$ exactement) entre cette consommation par habitant et la consommation souhaitable. La deuxième année, 5 % de cet écart va être réduit. Le nouvel écart relatif visé sera donc de $0,95/101$, soit une consommation par habitant visée de 0,9906. La dotation fixée s'en déduit par multiplication par la population (101), soit 100,05. La consommation par habitant réelle permise par cette dotation sera de $100,05/102$, soit 0,98... Cet exemple illustre que ce type de mécanisme se traduit par une diminution de la consommation par habitant compatible avec le respect de l'enveloppe dans les régions qui se peuplent. Cet effet subsiste tant que le taux de réduction des écarts relatifs de la consommation régionale par habitant à la consommation cible reste inférieur à 100 %.
3. Simulations effectuées par la direction de la Sécurité sociale (Bureau Économie de la santé).

La mesure des besoins par habitant

Le seul indicateur individuel de besoin utilisé jusqu'à présent pour l'allocation régionale des ressources est l'âge. Cet indicateur présente le grand avantage d'être objectif et indépendant du système de soins (ce qui est une caractéristique souhaitable dans le long terme). Toutefois, une meilleure prise en compte de la morbidité peut apparaître préférable (p. 168).

Pour la médecine de ville, la population est répartie en trois tranches d'âge (ceci étant susceptible d'évoluer en 1998) : 0-19 ans, 20-59 ans, supérieur ou égal à 60 ans. Les pondérations respectives affectées à ces tranches d'âge sont proportionnelles à leurs dépenses médicales moyennes observées au niveau national.

Pour l'hôpital public, le découpage par âge est plus fin (12 classes d'âge : inférieur à 1 an, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, supérieur à 85 ans). Les pondérations affectées à ces classes d'âge correspondent à un nombre moyen d'hospitalisations par individu. Cette pondération ne tient donc pas compte des coûts des séjours mais simplement de leur nombre. Ce faisant, elle ne corrige qu'imparfaitement l'allocation en fonction des besoins si le coût moyen par séjour est très variable d'une tranche d'âge à l'autre⁴.

Selon ces calculs, le Nord-Pas-de-Calais aurait des besoins par habitant inférieurs de 5 % à la moyenne nationale pour la médecine de ville, et de 4 % pour l'hospitalisation. En effet, cette région est jeune (17,7 % de plus de 60 ans contre 20 % en moyenne nationale) et sa surmortalité à âge donné n'est pas prise en compte par l'indicateur de besoins utilisé ici. À l'inverse, le Limousin (28,6 % de personnes âgées) a des besoins par habitant supérieurs de 12 % à la moyenne nationale pour la médecine de ville, et de 10 % pour l'hospitalisation. En général toutefois, les corrections appliquées pour tenir compte des besoins sont de l'ordre de 4 %, et restent donc relativement faibles.

Si l'on compare les besoins par habitant pour la médecine de ville et pour l'hospitalisation, on trouve qu'ils sont très corrélés (coefficient de corrélation de 0,99 estimé sur les 22 régions), et très corrélés également à la part des plus de 60 ans dans la population (corrélations de 0,99 et 0,98 respectivement). Cela confirme que ces indicateurs reflètent essentiellement la structure par âge de la population.

Calcul de la demande adressée au secteur soumis à péréquation

Les besoins précédemment calculés sont ensuite ventilés entre besoins adressés au secteur soumis à péréquation et besoins satisfaits par des activités de soins substituables.

4. Toutefois, cette approche, outre sa simplicité, a l'avantage d'être cohérente avec la méthode de calcul des parts du marché du public et du privé, qui se base elle aussi sur des nombres d'entrées.

Pour la médecine de ville

Les hypothèses de substitution retenues peuvent surprendre. En effet, d'un côté la péréquation vise à normer au niveau de la moyenne nationale le rapport entre l'activité des généralistes et celle des spécialistes, mais de l'autre côté il est tenu compte de la spécificité de chaque région pour la part des dépenses ambulatoires effectuées en libéral (ce dernier choix pouvant s'expliquer par le fait que l'allocation des ressources dévolues à la médecine salariée ou aux consultations externes étant hors champ de la péréquation des dépenses médicales, il n'aurait pas été possible de normer l'importance du secteur libéral sans pouvoir agir sur son pendant non libéral)⁵.

Le choix de normer la répartition entre dépenses d'omnipraticiens et de spécialistes a pour conséquence d'imposer dans dix régions des ajustements en sens opposé de ces deux dépenses⁶. Par ailleurs, les travaux menés à la direction de la Sécurité sociale ont montré que ce choix conduit en général à diminuer les dépenses d'omnipraticiens ou de spécialistes dans les régions où ces médecins sont les plus nombreux et leurs honoraires moyens plus faibles⁷ :

- L'effort porte ainsi sur les praticiens qui ont déjà en moyenne les revenus les plus bas.
- Les régions apparaissant surdotées étant de manière assez logique celles dans lesquelles la densité médicale est la plus importante, on peut douter de la capacité d'un mécanisme d'enveloppe à rationaliser l'offre régionale. Il faudrait pour cela que la contrainte imposée par les OQR incite les médecins à changer de région.

A contrario, le mécanisme de péréquation conduit en général à augmenter les dotations des médecins dont les honoraires sont les plus élevés⁸.

5. La part de la médecine libérale dans l'ensemble de la médecine ambulatoire est calculée à partir des recours. Sont comptabilisés comme « contacts » avec la médecine ambulatoire les actes suivants : actes en C, CS, CPSY, actes techniques, consultations externes à l'hôpital et urgences sans hospitalisation. Le calcul de la part du secteur libéral ne tient donc pas compte du coût moyen des recours. La mesure des possibilités de substitution entre médecine libérale et non libérale pourrait être modifiée en 1998 (notamment les possibilités de substitution prises en compte pourraient être différentes pour les généralistes et les spécialistes).

6. Si l'on compare les dépenses régionales rapportées aux besoins aux dépenses médianes cibles (calculées en tenant compte des possibilités de substitution avec la médecine non libérale).

7. Les régions caractérisées à la fois par des dépenses de généralistes trop élevées, une densité de généralistes forte, et des honoraires inférieurs à la médiane pour ces médecins sont les suivantes : Aquitaine, Corse, Languedoc-Roussillon, Limousin, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, PACA. Pour les spécialistes, les régions qui sont dans une situation analogue sont : Aquitaine, Corse, Île-de-France, Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA, Rhône-Alpes.

8. Les régions caractérisées à la fois par des dépenses de généralistes trop basses, une densité de généralistes faible, et des honoraires supérieurs à la médiane pour ces médecins sont les suivantes : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Pays de Loire. Pour les spécialistes, les régions concernées sont l'Auvergne, la Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, la Haute-Normandie, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et les Pays de Loire.

Toutefois, que l'on procède à une péréquation séparée ou globale des dépenses médicales, les évolutions souhaitables des dépenses médicales régionales *totales* sont très proches. Cependant, alors qu'une régionalisation séparée conduit à faire évoluer de manière opposée les dotations régionales des omnipraticiens et des spécialistes dans une dizaine de régions, une régionalisation globale impose une évolution identique à ces deux enveloppes. Pour une dizaine de régions donc, une péréquation séparée conduit à faire évoluer une des deux enveloppes (généraliste ou spécialiste) dans le sens opposé à l'évolution souhaitable des dépenses médicales totales.

Ainsi, en Île-de-France et en Bretagne, une déclinaison séparée se traduit par une augmentation de l'enveloppe omnipraticiens, alors qu'une régionalisation globale conduit à diminuer cette enveloppe. La situation inverse se présente en Poitou-Charentes. Pour les spécialistes, des situations analogues sont obtenues respectivement pour la Picardie, le Nord, la Bretagne, le Limousin (augmentation non justifiée des objectifs dans une régionalisation séparée), et pour les régions Rhône-Alpes, Alsace, Centre et Bourgogne (baisse non justifiée des objectifs dans une régionalisation séparée)⁹.

Pour l'hospitalisation publique

Le secteur public regroupe l'ensemble des établissements sous compétence tarifaire de l'État. Il inclut donc, outre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés participant au service public hospitalier ainsi que les établissements privés soumis à tarification préfectorale. La part du secteur public est actuellement calculée au prorata des entrées en hospitalisation complète, ce qui conduit au niveau national à une part du secteur public de 62 %, alors que les dépenses d'assurance maladie pour l'hôpital public représentent environ 86 % des dépenses d'hospitalisation encadrées du public et du privé¹⁰. Cette différence en valeur absolue n'est pas en soi un problème, dans la mesure où la péréquation fait dépendre la dotation publique d'une région du rapport entre la part du public dans cette région et la part du public en métropole. Mais, en comparaison avec un calcul basé sur des dépenses, un calcul basé sur des nombres d'entrées amplifie assez fortement les corrections à appliquer pour tenir compte des parts de marché respectives des deux secteurs. Pour la Corse par exemple, les travaux de la direction de la Sécurité sociale montrent que la correction appliquée pour tenir compte de la part du secteur public est de - 7 % dans le premier cas, et de - 33 % dans le second. Aussi, bien que les dépenses d'hospitalisation publique par habitant soient

9. Pour cette analyse, la cible a été définie comme la médiane des consommations régionales, avant correction visant à assurer que la somme des OQR est égale à l'OQN (cf. p. 162). Cette cible tient compte des possibilités de substitution entre médecine libérale et salariée.

10. Par ailleurs, il semblerait que ce nombre d'entrées soit calculé sur un champ différent du nombre d'entrées utilisé pour le calcul des besoins par âge. Il serait également issu d'une autre source de données.

plutôt élevées en Alsace et en Lorraine, une péréquation effectuée *sur les seules dépenses publiques* à partir d'un critère de besoin conduit à augmenter les dotations publiques de ces deux régions. L'inverse est vrai pour l'Aquitaine, le Midi-Pyrénées et la Corse. En revanche, une péréquation *globale* des dépenses d'assurance maladie du secteur public et des cliniques conventionnées Cram conduit à diminuer les dépenses d'hospitalisation totales en Alsace et en Lorraine, et à les augmenter dans le Midi-Pyrénées, l'Aquitaine et la Corse. Ainsi, la méthode de péréquation actuellement retenue conduit, pour cinq régions au moins, à faire évoluer leurs dépenses d'hospitalisation publique dans le sens inverse de celui qui pourrait apparaître souhaitable.

**Calcul des
objectifs cibles,
en fonction des
besoins et
(pour l'hôpital)
de la productivité
de la région**

Hôpital public

Deux critères

La péréquation régionale des dépenses encadrées des établissements sous compétence tarifaire de l'État tient compte en fait de deux critères : celui de la dépense rapportée à la demande adressée au secteur, et celui de la productivité. Pour des raisons de disponibilité de données, les critères de péréquation utilisés en 1997 n'ont pas été identiques pour le court séjour (MCO) et les autres activités : la productivité n'a été prise en compte que dans le premier cas.

Calcul de la cible

Les cibles sont différentes pour les budgets régionaux MCO et les budgets régionaux hors MCO. Pour les budgets hors MCO, les cibles régionales BCMCOi sont égales au produit de la population hospitalisable régionale dans le secteur public POPHPi par la dépense unitaire moyenne observée au niveau national, BHMCon/POPHPn :

$$\text{BCMCOi} = \text{POPHPi} \times (\text{BHMCon} / \text{POPHPn})$$

Pour les budgets MCO, le budget cible BCMCOi est obtenu comme la somme de deux demi-budgets :

- un demi-budget calculé à partir de l'indicateur de population hospitalisable POPHPi et de la dépense unitaire nationale

$$\text{BCMCOAFi} = 0,5 \times \text{POPHPi} \times (\text{BMCon} / \text{POPHPn})$$

- un demi-budget calculé à partir de la production régionale en nombre de points ISA, ISAi, valorisée à l'aide de la valeur moyenne nationale du point ISA (BMCon / ISAn)

$$\text{BCMCOPLSi} = 0,5 \times \text{ISAi} \times (\text{BMCon} / \text{ISAn})^{11}$$

11. Ce calcul favorise les régions productives c'est-à-dire les régions dans lesquelles la valeur moyenne du point ISA est le plus faible. En effet, si l'on note Pi et Pn les valeurs moyennes des points ISA au niveau régional et national, on a : $\text{BCMCOPLSi} = 0,5 \times \text{BCMCOi} \times \text{Pn} / \text{Pi}$ car $\text{ISAi} = \text{BCMCOi} / \text{Pi}$.

Le budget cible total BCI se calcule comme la somme des trois budgets précédents (BCHMCOi, BCMCOAFi, BCMCOPMSli).

L'observation de ces formules montre que le mécanisme de péréquation ne tient compte que des bases budgétaires nationales (BMCON et BHMCON), et non des bases budgétaires régionales. Au total, la péréquation repose pour 70 % sur le critère de besoins et pour 30 % sur le critère de productivité.

Médecine de ville

À l'inverse du mécanisme utilisé pour l'hôpital, qui ne fait pas intervenir les consommations régionales par habitant, le mécanisme utilisé pour la médecine de ville fait jouer un rôle central à ces dernières. La consommation par habitant cible retenue par la Cnamts est la médiane des consommations régionales moyennes par habitant. Le choix de la médiane, contrairement à celui de la moyenne, n'assure pas qu'en multipliant la consommation cible par habitant par le nombre d'habitants on obtienne l'enveloppe nationale de dépenses. Pour retomber sur cette enveloppe, il est alors nécessaire d'introduire des coefficients correctifs dans le calcul des objectifs régionaux de l'année. Ces corrections rapprochent de fait la consommation par habitant cible de la consommation par habitant moyenne. Si bien que, tant que l'enveloppe nationale n'est pas définie à partir d'une norme de consommation par habitant, retenir la médiane comme cible de consommation par habitant conduit essentiellement à compliquer les calculs (la valeur de la cible après application des coefficients correctifs étant inévitablement proche de la moyenne).

Détermination des objectifs de l'année suivante à partir d'une règle de réduction partielle des écarts à la cible

Hôpital public

Pour chaque région, l'écart à la cible est apprécié en rapportant cette dernière à la dotation actuelle $B_{i,t}$, il vaut donc $BC_i / B_{i,t}$. Cet écart doit être réduit chaque année. La direction des Hôpitaux a choisi de calculer les évolutions annuelles de manière à ce que – à cible inchangée – les évolutions soient identiques pendant toute la durée de la péréquation pour une même région. Plus précisément, si la péréquation doit être achevée dans n années, le taux d'évolution annuel moyen pour la région i sera :

$$\sqrt[n]{\frac{BC_i}{B_{i,t}}} = \theta_i$$

La règle de convergence utilisée par la DH (constance dans le temps des taux d'évolution de chaque région) n'assure pas que la somme des dotations régionales distribuées une année soit égale à l'enveloppe nationale. Une règle de convergence « additive » (variation absolue de la dotation constante dans le temps) et non « multiplicative » n'aurait pas cet inconvénient. En revanche, elle ne permet pas de maintenir constant le taux d'évolution des dotations régionales. En fait, aucune méthode ne permet de concilier constance dans le temps des taux d'évolution des dotations régionales et distribution intégrale de l'enveloppe chaque année.

Médecine de ville

L'écart relatif de la consommation *par habitant* à la consommation par habitant cible est réduit chaque année d'un taux appelé « taux de réduction des écarts à la cible » α_t . Ceci s'écrit :

$$\frac{C_i^{t+1} - \text{Cible}^{t+1}}{\text{Cible}^{t+1}} = (1 - \alpha_t) \times \frac{C_i^t - \text{Cible}^t}{\text{Cible}^t}$$

Les objectifs pour l'année $t+1$ se déduisent des contraintes précédentes et de la contrainte de respect de l'enveloppe nationale.

Le processus de convergence vers la cible utilisé pour la médecine de ville se distingue donc de celui utilisé pour l'hôpital public par plusieurs caractéristiques :

- La première, la plus importante, est qu'il fait intervenir les consommations régionales par habitant. Exprimer les cibles et les écarts à la cible en termes de consommation par habitant est en effet plus parlant. Toutefois, ce choix contribue à introduire beaucoup d'inertie dans le système, voire à induire des effets cumulatifs pervers (cf. p. 157 le paragraphe consacré à la prise en compte de l'évolution de la population).
- La seconde est que la méthode de la Cnamts n'affiche pas de cibles à moyen ou long terme (15 ou 20 ans) : en effet, des telles cibles, calculées « toutes choses égales par ailleurs » ont de fortes chances de devenir rapidement obsolètes. Ce choix est essentiellement un « affichage », car comme pour l'hôpital public, le mécanisme de péréquation utilisé s'appuie implicitement sur des cibles de consommation par individu et donc par région.
- Enfin, le taux de réduction des écarts à la cible de 5 %, choisi en 1997, est en fait assez faible. Au bout de 17 ans (horizon de la péréquation pour l'hospitalisation publique), les écarts n'auraient été réduits que de $1 - (1 - 0,05)^{17} = 58\%$ (à cible inchangée). Toutefois, il est possible de choisir la série des taux α_t de manière à réduire les écarts au même rythme qu'avec une méthode maintenant constantes les variations absolues d'objectifs régionaux d'une année sur l'autre (méthode linéaire).

En fait, les objectifs régionaux d'évolution des dépenses médicales qui résultaient de la méthode ci-dessus ont été jugés trop dispersés. Ces taux d'évolution ont donc été resserrés autour de leur valeur centrale (définie à la moyenne des taux minimum et maximum). Plus précisément, l'écart relatif à la valeur centrale a été réduit d'un facteur constant, déterminé de manière à ce que l'écart relatif maximum soit inférieur à $e = 40\%$ pour les généralistes et $e = 60\%$ pour les spécialistes. Ce nouvel ajustement nuit à la lisibilité de la méthode, dont il limite par ailleurs le pouvoir redistributif.

Évolutions possibles

Modifications des méthodes actuelles

Sur les ingrédients

Harmonisation et actualisation des données (évolution de la population, tranches d'âge, données utilisées pour mesurer des besoins...)

L'anticipation des évolutions démographiques est souhaitable dès lors que les incertitudes liées à la prévision sont inférieures aux erreurs liées à la non-actualisation. Ceci est probablement vérifié pour des projections à un an, les évolutions démographiques étant des tendances lourdes. À plus long terme, la difficulté de prévoir les flux interrégionaux pourrait limiter les possibilités d'anticipation des évolutions démographiques. La Cnamts a jugé par exemple que les projections démographiques qu'elle effectue sont fiables à un an, mais pas à deux ans, du fait de la difficulté évoquée ci-dessus. La prise en compte de l'évolution démographique est envisagée par la direction des Hôpitaux, mais n'a pu être mise en œuvre pour 1998.

Les tranches d'âge utilisées pour évaluer les besoins en dépenses médicales vont probablement être plus nombreuses en 1998 qu'en 1997 (cinq au lieu de trois). Elles ne correspondront toujours pas à celles utilisées pour l'hospitalisation.

Il est également prévu d'actualiser les indicateurs nationaux de recours aux soins utilisés pour évaluer les besoins en médecine de ville comme à l'hôpital..

Changement du mode de calcul des parts de marché pour l'hôpital public (et pour la médecine de ville)

Pour l'**hôpital public**, les conséquences d'une mesure des parts de marché en entrées ont été détaillées dans le texte. Compte tenu de cela, la méthode de calcul de la part de marché pourrait donc être réexaminée. Pour schématiser, deux solutions sont possibles, dont aucune n'est sans défaut :

- *Le calcul de parts de marché en dépenses.* Cette solution présente un avantage : celui d'assurer que des péréquations des dépenses menées séparément sur le public et le privé conduisent au même résultat qu'une péréquation menée sur l'ensemble des dépenses hospitalières (en effet, si l'on calcule les parts de marché à partir des dépenses, les évolutions souhaitables des dépenses régionales publiques, privées et totales sont mathématiquement égales). Elle a malheureusement un inconvénient, qui a conduit la direction des Hôpitaux à ne pas la retenir : à activité égale, elle conduit à accorder une dotation plus importante au secteur dont les coûts sont les plus élevés.
- *Une solution intermédiaire (et provisoire) : un calcul de part de marché basé sur des « dépenses à prix normé ».* Compte tenu des inconvénients de l'option précédente comme du *statu quo*, une solution intermédiaire semble préférable. Elle pourrait consister à calcu-

ler des parts de marché en « dépenses à prix normé » pour tenir compte du fait que les différences de coût par unité de besoin entre le public et le privé peuvent en partie s'expliquer :

- Les dépenses encadrées des hôpitaux publics couvrent un champ de dépenses plus large que celui qui est compris dans les OQR des cliniques privées (par exemple, les honoraires des médecins sont comptabilisés dans le premier cas et non dans le second).
- Les patients traités dans le public pourraient avoir une pathologie plus lourde que dans le privé (or un calcul en nombre d'entrées conduit à mettre sur le même plan un patient se rendant à une séance de dialyse et un patient hospitalisé pour une opération chirurgicale délicate).
- Les hôpitaux publics sont astreints à des missions particulières génératrices de surcoûts (urgences...).

Certes, l'évaluation des différences de coût liées de manière objective à ces phénomènes est délicate. Pour le second, elle nécessiterait notamment que l'on dispose du PMSI (auquel cas le calcul des parts de marché pourrait sans doute directement se faire à partir des points ISA des deux secteurs, à condition que l'échelle de coût du public puisse être transposée au privé). Toutefois, de manière provisoire et en attendant les résultats du PMSI, il peut être envisagé de retenir une hypothèse arbitraire sur le rapport « justifié » entre les coûts par entrée du public et du privé. Ce rapport devrait être compris entre 1 (situation actuelle avec les calculs de part de marché en nombre d'entrées) et le rapport actuel des coûts, soit environ 4 au niveau national¹². À titre d'illustration, retenir une valeur égale à 2 conduit à appliquer une correction des parts de marché pour la Corse correspondant à – 23 % (contre – 33 % avec un indicateur de part de marché basé sur les nombres d'entrées, et – 7 % avec un indicateur basé sur les dépenses *régionales*¹³). Retenir un indicateur égal à 3 conduit à une correction de – 18 %. Enfin, retenir un indicateur égal à 4 conduit à diminuer la dotation de la Corse de 15 %. D'autres indicateurs de parts de marché pourraient également être explorés, comme le nombre de journées d'hospitalisation.

- Pour la **médecine de ville**, la prise en compte des possibilités de substitution généralistes/spécialistes apparaît être une des modifications prioritaires à apporter à la méthode de régionalisation actuelle. Rappelons en effet que la non-prise en compte des transferts d'activité entre généralistes et spécialistes conduit à faire évoluer en sens contraire les enveloppes généralistes et spécia-

12. Il faut noter que retenir le rapport actuel des dépenses calculé au niveau *national* ne conduit pas exactement au même résultat que retenir un calcul de parts de marché en dépenses au niveau *régional* : dans le second cas en effet, on corrige les disparités régionales de coûts unitaires pour un secteur, même si, comme dans le premier cas, on laisse inchangées les disparités nationales de coûts entre les deux secteurs.

13. Le rapport des coûts unitaires du public et du privé s'établit, pour la Corse, à environ 5,8.

listes dans 10 régions sur 22. Ce résultat semble d'autant moins souhaitable que la norme retenue pour la répartition entre dépenses de généralistes et de spécialistes est prise égale à la moyenne nationale (soit 69 %/1 %), sans qu'aucune étude ne permette de dire si cette valeur est celle qui doit être visée. Ainsi, le processus volontariste de rapprochement à cette norme qui est adopté peut conduire à déformer la répartition généralistes/spécialistes dans des régions où cette répartition serait en fait plus proche de l'optimum.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de réexaminer les activités supposées se substituer aux soins d'omnipraticiens ou de spécialistes. La Cnamts s'est engagée dans cette voie.

S'agissant de la **cohérence** entre les méthodes de péréquation employée pour l'hôpital public et pour la médecine de ville, on peut noter que, pour la déclinaison des enveloppes régionales de médecine de ville, il est tenu compte de la possible substitution entre consultations en ville et consultations externes à l'hôpital, alors que cette possibilité de substitution n'est pas prise en compte dans la détermination des dotations hospitalières publiques. Tenir compte de cette substitution pour la péréquation hospitalière se justifie surtout si cela conduit à modifier sensiblement les cibles régionales, c'est-à-dire si à la fois le poids des dépenses attribuables aux consultations externes à l'hôpital est significatif et variable d'une région à l'autre.

Niveau de détail souhaitable pour les calculs des enveloppes

Ce n'est pas l'opportunité de modifier le périmètre des différents objectifs régionaux qui est évoquée ici, mais simplement la question de savoir à quel niveau de détail il faut travailler pour calculer les valeurs de ces objectifs régionaux. En effet, les agrégats que l'on souhaite rendre opposables peuvent être différents de ceux sur lesquels on s'appuie pour calculer les objectifs régionaux. Ainsi, pour la médecine de ville, seul l'ensemble des dépenses générées par les omnipraticiens (ou les spécialistes) est opposable. Toutefois, l'objectif régional s'obtient par addition d'un montant d'honoraires et d'un montant de prescriptions (calculés à partir de normes de dépenses d'honoraires et de dépenses de prescriptions par habitant). Ce mode de calcul n'obère donc pas les possibilités de substitution entre honoraires et prescriptions au niveau régional : la répartition honoraires/prescriptions observée au niveau régional peut être très variable, tant qu'elle est compatible avec le respect de l'enveloppe honoraires + prescriptions.

La question a aussi été posée pour la déclinaison des dépenses hospitalières : les objectifs sont actuellement calculés par addition d'objectifs définis sur le court séjour et sur les autres disciplines. Toutefois, l'indicateur de besoins qui est utilisé est commun à ces deux groupes de disciplines. L'extension du champ sur lequel ces besoins sont évalués aux soins de suite et de réadaptation notamment (il ne portait auparavant que sur le court séjour) soulève la question de savoir s'il ne faudrait pas envisager de calculer séparément les dotations court séjour et moyen

séjour, avec des indicateurs de besoins adaptés. La réponse dépend sans doute des indicateurs de demande utilisés : si les besoins et les parts de marché sont évalués en entrées, il peut être préférable de définir des objectifs séparément sur le court et le moyen séjour (une entrée de court séjour n'étant pas commensurable avec une entrée de moyen séjour). Si la demande est évaluée en termes de dépenses, la distinction court séjour/moyen séjour peut ne plus être effectuée. Enfin, au-delà de cette question se profile celle de savoir si l'échelon régional est adapté à la déclinaison des dépenses de moyen séjour.

Modification éventuelle de l'indicateur de besoins

Modification des pondérations par âge

Champ : en 1997, pour l'évolution des besoins hospitaliers, seules les entrées en hospitalisation complète en MCO ont été utilisées. Les données correspondantes ont été tirées de l'enquête de morbidité hospitalière dans les services de soins de courte durée de 1987. En 1998, l'édition suivante de cette enquête a été utilisée (1993). Par ailleurs, le champ sur lequel sont comptabilisées les entrées a été étendu. Le nouveau calcul des besoins inclut, outre l'hospitalisation complète en court séjour, l'anesthésie-chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation partielle, les dialyses et IVG inférieures à 24 heures, les soins de suite et de réadaptation.

Entrées/dépenses : comme pour le calcul des parts de marché, le choix de raisonner en entrées ou en dépenses pourrait être réexaminé.

Prise en compte de la morbidité

Le choix du critère de besoin à prendre en compte est épineux. Un autre rapport technique lui étant entièrement consacré, seuls quelques éléments vont être repris ici. En premier lieu, il apparaît souhaitable d'apporter une réponse aux situations de surmortalité observées dans certaines régions françaises. Mais les modalités de cette réponse peuvent être débattues. Notamment se pose la question du rôle que peut jouer le système de soins sur les différentes causes de morbidité ou de mortalité. Par exemple, seule la mortalité évitable par le système de soins pourrait donner lieu à une allocation différenciée des ressources, et non la mortalité totale (sauf dans la mesure où la dernière est corrélée avec la première). Ou bien cela reviendrait à étendre le rôle du système de soins (prévention du suicide, des accidents de la route...). Prendre en compte des critères de mortalité ou morbidité dans un processus d'allocation régionale des ressources soulève encore d'autres problèmes, parmi lesquels :

- Le problème du choix, de la définition et de la mesure de ces critères. Notamment, ne retenir que des indicateurs relatifs à certaines pathologies peut sembler arbitraire, partiel donc éventuellement partial (le consensus autour des critères pouvant être influencé par des éléments non pertinents, chaque région défendant les critères qui l'avantagent dans le processus d'allocation des ressources).

- La prise en compte de certaines pathologies pour lesquelles existe une responsabilité individuelle, telles celles qui sont liées au tabac ou à l'alcool, peut buter sur les limites de la solidarité nationale.
- Enfin, la manière la plus efficace de lutter contre une pathologie précise consiste-t-elle à tenir compte de cette pathologie pour l'allocation des ressources globales du système ou à mettre en œuvre des programmes plus ciblés faisant l'objet d'un financement spécifique ? Cette logique ne peut sans doute pas être poussée à ses limites (découpage de l'ensemble des dépenses de santé en enveloppes dédiées à une action précise), mais pourrait éventuellement se justifier pour des actions ciblées et ponctuelles.

Compte tenu des arguments précédents, l'option d'une prise en compte de la morbidité pour la définition des allocations régionales peut être débattue.

Prise en compte d'indicateurs sociaux (précarité)

Dans le même ordre d'idée, on peut envisager d'affecter prioritairement des moyens aux régions dans lesquelles les indicateurs sociaux sont les plus défavorables. Mais là encore, la question de savoir si l'allocation régionale des ressources doit être une des voies par lesquelles passe la lutte contre l'exclusion mérite d'être posée. Par ailleurs, pour certains types de soins (médecine de ville), les consommations des plus démunis sont plutôt inférieures à celle des autres assurés. Un objectif plus réaliste pourrait alors être de ramener ces consommations à la moyenne, plutôt que de surdoter les régions concernées. Enfin, donner une allocation supérieure à une région défavorisée n'assure pas que ce supplément de dotation bénéficie aux plus démunis. À cet égard, des mesures plutôt ciblées sur les individus concernés que sur les moyens régionaux pourraient être préférables.

Sur les principes

Pertinence de la référence à des besoins pour certains secteurs

En amont de la question des mécanismes se pose celle de la pertinence d'une allocation suivant les besoins. Cette question se pose surtout pour certains secteurs, comme celui des cliniques dans le champ contractuel. En effet, il peut sembler de prime abord plus logique de laisser jouer les forces du marché pour décider de la répartition régionale des dépenses d'hospitalisation privée (tout en sachant que ces dépenses étant largement socialisées, il est normal qu'elles fassent l'objet d'une régulation au niveau national).

Le principal argument en faveur de la prise en compte des besoins pour la régulation des dépenses d'hospitalisation privée est celui de la cohérence avec ce qui est fait pour le secteur public. Mettre en avant cet argument implique que l'on considère que l'objectif recherché est d'assurer la même consommation hospitalière totale (publique + privée) à besoin égal. Cet objectif peut être discuté. En effet, le rôle des pouvoirs publics ou des caisses ne pourrait-il pas être plutôt d'assurer l'égalité d'accès

au service hospitalier *public* ? Cette deuxième approche aurait l'inconvénient d'amener à augmenter les dotations d'hospitalisation publique des régions dans lesquelles le secteur public est peu développé, sans assurance que ce développement se traduise par des volumes de prestations supérieurs. En poussant à l'extrême cette logique, il faudrait garantir dans toutes les régions la même offre publique. Dans ce cas, on aboutirait à l'inverse de ce que l'on préconise habituellement en parlant de fongibilité (normalisation des parts de marché de deux secteurs largement substituables)¹⁴.

D'un autre côté, on peut également signaler que l'hospitalisation privée est concernée au même titre que le public par les mesures de rationalisation de l'offre régionale (Sros...) : dans une certaine mesure, le principe d'une répartition de l'offre privée en fonction des besoins est donc déjà à l'œuvre.

Pertinence de la prise en compte d'un indicateur de productivité (PMSI)

La question de savoir s'il est souhaitable de tenir compte de la productivité mérite d'être posée. La combinaison, pour l'hospitalisation publique, des deux critères dits de « dépenses hospitalières par habitant hospitalisable » et de « valeur moyenne du point ISA mesurée par le PMSI » peut être justifiée de deux manières :

- Privilégier l'égalité des dotations par individu couvert respecte le principe d'équité mais peut être inefficace dans la mesure où déplacer un budget d'une zone peu productive à une zone qui l'est plus permet de produire plus, à dépenses nationales inchangées. Ce raisonnement n'est sans doute acceptable qu'à la marge : en effet, déplacer des budgets trop importants ou les déplacer entre zones éloignées pose tout de suite les problèmes de l'accès aux soins et de l'aménagement du territoire. L'utilisation d'un critère de productivité ou d'efficacité paraît donc plus justifié au niveau infra qu'au niveau supra-régional.
- Le but ultime de la péréquation est en fait d'assurer que des individus ayant des besoins homogènes bénéficient en moyenne des mêmes soins dans toutes les régions. Une conséquence de cette situation est que les dépenses moyennes pour ces individus seront identiques d'une région à l'autre. Mais la réciproque n'est pas vraie : des dépenses moyennes identiques n'impliquent pas des quantités de soins identiques, si les prix des soins peuvent varier d'une région à l'autre (un autre problème serait celui de la distribution des soins au sein de la population). Pour cela, il est nécessaire de contrôler non seulement le budget total, mais aussi soit les prix soit les volumes. Ce serait le principal intérêt du deuxième critère introduit pour la péréquation hospitalière. Toutefois, si de manière générale il apparaît nécessaire de tenir compte de la

14. Cette normalisation se justifie ici par le fait que les pouvoirs publics ne s'intéresseraient qu'à l'offre publique, elle ne se justifie pas pour les dépenses de généralistes et de spécialistes, qui sont de même nature.

productivité des structures de soins, il n'est toutefois pas évident que cette productivité doive intervenir dans la répartition régionale des ressources (ce ne serait pas nécessaire par exemple si l'on répartissait des enveloppes en volume, cf. ci-après).

Définition d'objectifs en prix et volumes plutôt qu'en valeur ?

Ce problème se pose en particulier pour les cliniques, dont les tarifs peuvent être très variables.

La recherche d'une plus grande équité dans la consommation de soins devrait, dans l'idéal, revêtir deux formes :

- à besoin égal, consommation en volume égale,
- à prestation égale, prix identique (pour le patient et l'assurance maladie).

Un OQN défini en valeur peut permettre d'assurer une convergence des dépenses moyennes par unité de « besoin », mais ne garantit pas que des dépenses moyennes identiques correspondent à des prix identiques et des volumes identiques.

Or, dans la logique d'une allocation régionale des ressources fondée sur les besoins de santé, le principal objectif serait l'égalité des *volumes* de soins à besoin égal. Ne peut-on alors envisager — en théorie tout du moins — de fixer des OQR en *volume* ?

Sur le processus de convergence

Moyenne ou médiane ?

La cible de consommation par habitant (ou plutôt par unité de besoins) utilisée pour la péréquation des dépenses médicales est la médiane des consommations régionales moyennes. Ce choix — qui peut se justifier du fait de la dissymétrie des dépenses régionales moyennes — complique assez inutilement les calculs sans avoir d'incidence réelle, l'enveloppe nationale étant fixée indépendamment de toute référence à cette norme de consommation.

Pour la médecine de ville, passage à un processus de convergence basé sur des consommations totales

La méthode utilisée par la Cnamts pour la médecine de ville — et en particulier le passage par le calcul de consommations régionales réelles par habitant — apparaît plus complexe, et plus sensible à une mauvaise évaluation de l'évolution de la population. Par ailleurs, sur un plan plus opérationnel, il peut sembler plus réaliste de raisonner sur l'évolution des consommations régionales totales que sur celle des consommations par habitant. La première solution permet de mieux « lisser » les objectifs d'une année sur l'autre et de tenir compte du fait que, en particulier pour l'hôpital, l'augmentation des coûts peut ne pas être proportionnelle à l'augmentation de la population (ou ne pas être aussi rapide que cette dernière). Une méthode de convergence basée sur des consommations régionales totales, quoique moins « parlante », semble donc préférable.

Par ailleurs, dans un souci de lisibilité, le deuxième étage de la péréquation des dépenses médicales (qui réduit les écarts de taux d'évolution obtenus à la suite de l'application du taux de réduction des écarts de péréquation) gagnerait à être supprimé.

Pour l'hôpital public, passage à une méthode de convergence permettant de redistribuer l'ensemble de la dotation nationale

La méthode utilisée par la direction des Hôpitaux ne permet pas de redistribuer l'ensemble de l'enveloppe. Il pourrait donc être préférable de retenir une méthode assurant une correction absolue des dotations régionales constante dans le temps (qui semble de surcroît plus simple). Le budget de la région i pour l'année t , s'obtiendrait à partir de la cible et de la dotation initiale par :

$$B_{i,t} = B_{i,0} + \frac{t}{N} \times (BC_i - BC_{i,0})$$

où N est la durée de la péréquation.

Pour chaque région, les corrections *absolues* de dotation seraient donc constantes dans le temps ($\frac{1}{N} \times (BC_i - BC_{i,0})$ chaque année).

Définition d'un « tunnel » à l'intérieur duquel les corrections ne sont pas prises en compte

Compte tenu des multiples causes d'imprécision qui caractérisent la définition des allocations régionales¹⁵, on peut souhaiter que l'instrument, quel qu'il soit, ne conduise pas à des redistributions dans un sens ou dans l'autre lorsque le déficit ou l'excédent sont en dessous d'un certain seuil.

Modalités et conséquence d'un passage à une régionalisation globale

Trois types de régionalisation

On peut penser *a priori* à trois grands types d'approches pour effectuer une péréquation régionale des dépenses :

- L'approche sectorielle « stricte » : dans cette approche, la péréquation régionale des dépenses d'un secteur ne tient pas compte des dépenses régionales dans les autres secteurs. Cette approche revient donc à normer la part régionale du secteur considéré à sa valeur nationale. L'approche sectorielle a été employée par la Cnamts pour la péréquation des dépenses médicales (la répartition régionale entre généralistes et spécialistes est normée à sa moyenne nationale).

15. Certaines de ces causes ont été analysées dans cette note, comme le problème de l'actualisation des données, de la prise en compte des évolutions démographiques, l'incidence du choix d'un indicateur en nombre d'entrées et non en dépenses pour l'hospitalisation... L'incidence du choix de l'indicateur de besoins sur les enveloppes fait l'objet d'un rapport technique spécifique.

- L'approche sectorielle avec fongibilité : cette approche consiste à régionaliser séparément les dépenses des différents secteurs, en tenant compte pour le calcul des objectifs régionaux d'un secteur de l'activité des autres secteurs. Si l'on se restreint au champ de l'hospitalisation, cette méthode correspond à celle qui a été mise en œuvre pour l'hospitalisation publique.
- L'approche globale : cette approche, préconisée par le précédent rapport du Haut Comité de la santé publique, récuse le principe d'enveloppes régionales sectorielles. Elle consiste en une péréquation portant sur le total des dépenses régionales. Si l'on ventile ensuite ces dépenses régionales cibles au prorata des dépenses des secteurs dans les régions, les taux d'évolution sectoriels sont égaux aux taux d'évolution des dépenses totales. Sur le plan mathématique, l'approche globale est alors équivalente aux approches sectorielles avec fongibilité, à condition que les parts de marché soient calculées au prorata des dépenses régionales des secteurs.

Passage à une régionalisation globale : conditions et conséquences

Si l'on se réfère à la situation actuelle, plusieurs conditions souhaitables pour un éventuel passage à une régionalisation globale ne sont pas vérifiées :

- Les dépenses soumises à péréquation ne sont pas comparables d'un secteur à l'autre. Pour l'instant, sont régionalisées : les dépenses médicales présentées au remboursement (remboursement + ticket modérateur), les dépenses encadrées des hôpitaux publics (dépenses de l'assurance maladie financées par dotation globale + dépenses financées par le ticket modérateur, le forfait journalier...), et à compter de 1998, les dépenses remboursées des cliniques privées dans le champ de l'OQN (dont sont exclus par exemple les honoraires des médecins alors que la rémunération de ces derniers est financée par la dotation globale)... Ces choix ne sont pas arbitraires, mais cohérents avec les instruments de régulation mis en place dans ces trois secteurs.
- Pour l'instant, les indicateurs de besoins utilisés pour la régionalisation des dépenses médicales et des dépenses hospitalières sont différents. Or il est sans doute souhaitable de disposer d'indicateurs de besoins validés qui permettent de répartir l'enveloppe de dépenses totale entre les différentes régions. Ce pourrait ne pas être trop délicat dans la mesure où les indicateurs de besoins utilisés pour la régionalisation des dépenses médicales et pour celle des dépenses hospitalières ont des valeurs très proches.
- Il apparaît nécessaire de réfléchir au rôle des contraintes macro-économiques actuellement imposées à chacun des secteurs (enveloppes de dépenses, objectifs quantifiés...). En effet, le maintien de ces contraintes conduirait à décliner les objectifs régionaux globaux par secteur (à titre indicatif au moins), et semble contraire à la logique d'une régionalisation globale.

- Dans quelle mesure peut-on rendre des objectifs de dépenses totales opposables ? Les professions de santé qui modéreront leur activité accepteront-elles de devoir être solidaires avec celles dont les dépenses croissent de manière rapide ?

Toutefois, si l'on fait abstraction de ces problèmes, il est possible d'effectuer une première comparaison des dotations régionales issues des mécanismes actuellement employés avec celles qui résulteraient d'une régionalisation globale :

- Il est équivalent d'effectuer une régionalisation globale ou de décliner les dépenses par secteur à condition de tenir compte dans ce dernier cas des parts de marché régionales des différents secteurs. Aussi, si l'on se limite au champ de l'hospitalisation — et si l'on utilise des parts de marché en dépenses — les résultats produits par la méthode actuelle seraient identiques à ceux résultant d'une régionalisation globale des dépenses d'hospitalisation.
- Il est possible d'opérer une péréquation sur la totalité des ressources régionales en utilisant un critère unique de pondération de la population : celui utilisé en médecine de ville a été retenu (non sans avoir vérifié préalablement que le système de pondération en question, bien que non strictement identique, n'était pas trop éloigné de celui de l'hospitalisation). Afin de comparer les résultats d'une approche globale avec ceux d'une approche sectorielle, on peut adopter une clé de répartition sectorielle en ventilant la cible globale au prorata des dépenses de chaque secteur dans chacune des régions.

La péréquation sur l'ensemble des ressources a pour effet, pour ce qui concerne le total des dépenses, de modifier les positions relatives des régions et de modifier le sens de l'écart pour quelques régions (Lorraine, Alsace, Limousin, Aquitaine). Il est un peu difficile de dire ce qui, dans ces modifications, tient à la globalisation des enveloppes et au changement de méthode pour l'hospitalisation. Mais il est certain que les résultats sectoriels sont évidemment très différents de ceux obtenus dans le modèle précédent, puisqu'ils sont, par construction, identiques au résultat global (Cf. résultats des simulations effectuées par le Crédes dans le tableau¹⁶).

Ainsi si on décidait de répartir les moyens aux différents secteurs de l'offre uniquement en fonction de la position globale de la région, le Nord-Pas-de-Calais serait considéré comme pratiquement équilibré, et n'aurait aucun des objectifs volontaristes (en plus ou en moins) qu'il a dans le système actuel ; l'Île-de-France ne se verrait pas, dans ce cas, allouer un objectif généreux sur les généralistes puisqu'elle est globalement excédentaire, etc.

16. Ces simulations raisonnent sur l'ensemble des dépenses soumises à péréquation (OQN médecins et cliniques, dépenses hospitalières), mais ne tiennent pas compte des dépenses non encadrées (notamment de la médecine ambulatoire non libérale, qui est en revanche prise en compte pour la définition des OQR dans le mécanisme mis en place en 1997). Ceci conduit à modifier le diagnostic qui peut être porté sur l'écart à la cible de certaines régions (notamment sur l'ambulatoire).

Tableau I
Écart à la cible avec simulation d'une répartition cible,
sur le total des dépenses régionales (en pourcentage, calculs Credes)

	Hôpitaux publics	Cliniques	Hono. omni.	Prescript. omni.	Hono. spéc.	Prescript. spéc.
Île-de-France	- 10,64	- 10,64	- 10,64	- 10,64	- 10,64	- 10,64
Champagne-Ardenne	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40	5,40
Picardie	5,27	5,27	5,27	5,27	5,27	5,27
Haute-Normandie	10,59	10,59	10,59	10,59	10,59	10,59
Centre	14,77	14,77	14,77	14,77	14,77	14,77
Nord-Pas-de-Calais	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20
Lorraine	- 4,90	- 4,90	- 4,90	- 4,90	- 4,90	- 4,90
Alsace	- 4,29	- 4,29	- 4,29	- 4,29	- 4,29	- 4,29
Franche-Comté	11,19	11,19	11,19	11,19	11,19	11,19
Basse-Normandie	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98
Pays de la Loire	13,03	13,03	13,03	13,03	13,03	13,03
Bretagne	2,98	2,98	2,98	2,98	2,98	2,98
Limousin	- 0,42	- 0,42	- 0,42	- 0,42	- 0,42	- 0,42
Auvergne	5,50	5,50	5,50	5,50	5,50	5,50
Poitou-Charentes	14,08	14,08	14,08	14,08	14,08	14,08
Aquitaine	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58	1,58
Midi-Pyrénées	- 2,45	- 2,45	- 2,45	- 2,45	- 2,45	- 2,45
Bourgogne	13,95	13,95	13,95	13,95	13,95	13,95
Rhône-Alpes	5,80	5,80	5,80	5,80	5,80	5,80
Languedoc-Roussillon	- 1,40	- 1,40	- 1,40	- 1,40	- 1,40	- 1,40
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	- 11,48	- 11,48	- 11,48	- 11,48	- 11,48	- 11,48
Corse	- 5,65	- 5,65	- 5,65	- 5,65	- 5,65	- 5,65
France	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Méthodes de péréquation alternatives

Méthode empirique

Par opposition aux démarches normatives qui ont été mises en œuvre en 1997, une méthode « empirique » vise à déduire le modèle d'allocation de l'observation des faits :

- seules les variables qui ont une incidence (statistiquement prouvée) sur la répartition des ressources actuelles peuvent être prises en compte pour le calcul des consommations régionales cibles,
- la manière dont ces variables doivent être prises en compte n'est pas décidée au regard d'un modèle théorique, mais reflète leur influence actuelle moyenne sur les dépenses de soins régionales.

Ce type de méthode, qui conduit à employer des modèles économétriques à équations simultanées, a fait l'objet d'études à la Cnamts pour la médecine de ville.

Les variables qui ont été reconnues pertinentes pour déterminer les cibles de consommations médicales par habitant sont la proportion de la population régionale vivant dans des communes rurales, un indicateur de morbidité (ALD théoriques¹⁷), un taux de bénéficiaires de minima sociaux

17. Cet indicateur rapporte une population régionale « théorique » de personnes atteintes d'Affection de longue durée (ALD), pondérées par le coût moyen national du traitement médical attaché à chacune de ces ALD, à la population régionale.

et des taux de fuite vers des soins médicaux non libéraux (consultations externes et urgences).

L'influence de ces différentes variables sur les dépenses par habitant en soins d'omnipraticiens et de spécialistes est ensuite estimée par une méthode économétrique en deux étapes, qui permet de tenir compte des possibilités de substitution entre ces deux types de soins (la dépense moyenne spécialistes figure parmi les facteurs explicatifs de la consommation moyenne généralistes, et réciproquement).

Les méthodes explicatives permettent de mettre en évidence les causes actuelles des disparités de consommation régionales. Cependant, outre leur complexité, ces méthodes ont l'inconvénient de ne pas faire apparaître clairement les principes devant guider la régionalisation (et d'éluider ainsi le débat sur ces principes), voire d'entériner certaines des inégalités actuelles. Ainsi, l'indicateur de morbidité apparaît avoir une influence négative sur les consommations régionales de spécialistes. Pour le calcul des consommations cibles, l'influence de cette variable sur la consommation de spécialiste a dû arbitrairement être fixée à une valeur positive.

Abandon d'une méthode mathématique

Une méthode de régionalisation alternative a également été suggérée par la Cnamts. Elle consisterait :

- à ne garder un objectif d'allocation différentiel des ressources selon les régions que dans un but d'alignement des tarifs (pour les cliniques) ou des coûts (pour les hôpitaux) sans chercher à prendre en compte les volumes de prestations par secteur,
- et à dégager au plan national une enveloppe spécifique prise dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour des actions ciblées sur des priorités de santé, cette enveloppe étant allouée dans les régions uniquement sur la base des indicateurs de démographie et de morbidité ou de mortalité. Cette enveloppe serait destinée à financer des actions spécifiques sur une ou plusieurs priorités de santé de la région, transsectorielles, par exemple les problèmes mis en exergue lors de la Conférence nationale de santé.

Annexe IX Détermination d'une enveloppe spécifique destinée à des actions ciblées sur des priorités de santé publique ; simulations et discussion de quelques problèmes posés par la mise en œuvre

L'un des points forts du scénario 3 consiste à isoler dans l'objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) une enveloppe spécifique pour des actions ciblées sur des priorités de santé, cette enveloppe étant allouée dans les régions uniquement sur la base des indicateurs de démographie et de morbi-mortalité, à charge aux instances régionales d'en assurer la répartition entre les acteurs et structures de la région via une procédure d'appel d'offres.

Il s'agit donc d'une procédure de redistribution à la marge de l'Ondam sur des actions ciblées et évaluées. Les structures et offreurs de soins, que l'on a en quelque sorte « privés » d'une partie de leur enveloppe par la procédure initiale de préemption, peuvent concourir aux appels d'offres ainsi ciblés pour d'une certaine manière « récupérer » une partie du montant préempté s'ils font la démonstration qu'ils développent des actions plus efficaces. Une telle procédure devrait donc accroître l'efficacité globale du système.

Simulation du scénario

Plusieurs simulations de ce scénario peuvent être opérées. Nous avons ici pris en compte l'indicateur de mortalité évitable, avec plusieurs options de définition de celui-ci :

- Taux de mortalité évitable avant 65 ans, et avant 75 ans respectivement.
- Données de mortalité toutes causes confondues d'une part, sans les morts violentes d'autre part (Inserm, 1994).

Nous n'avons pas retenu ici la distinction des décès évitables par action du système de soins, mais ceci aurait pu aussi être simulé.

Ces hypothèses nous permettent d'opérer quatre simulations, présentées dans les tableaux ci-après.

À noter que nous nous plaçons dans la perspective d'une répartition d'une enveloppe de 6 milliards de francs sur l'année.

Tableau I
Mortalité prématurée (y compris morts violentes) par région

	Population 1994	Décès prématurés avant 65 ans	Montant réparti selon les régions (MF)	Ressources distribuées par habitant	Décès prématurés avant 75 ans	Montant réparti selon les régions (MF)	Ressources distribuées par habitant
Alsace	1 677 884	3 243	166	99 F	6 142	170	101 F
Aquitaine	2 854 482	5 468	280	98 F	10 919	303	106 F
Auvergne	1 316 341	2 841	146	111 F	5 791	161	122 F
Basse-Normandie	1 408 305	2 808	144	102 F	5 416	150	107 F
Bourgogne	1 621 308	3 448	176	109 F	6 680	185	114 F
Bretagne	2 834 323	6 257	320	113 F	12 098	335	118 F
Centre	2 422 349	4 795	245	101 F	8 990	249	103 F
Champagne-Ardenne	1 351 281	2 981	152	113 F	5 320	147	109 F
Corse	258 072	582	30	115 F	1 105	31	119 F
Franche-Comté	1 109 207	2 185	112	101 F	4 122	114	103 F
Haute-Normandie	1 770 540	3 898	199	113 F	6 714	186	105 F
Île-de-France	10 931 587	21 896	1 120	102 F	34 965	969	89 F
Languedoc-Roussillon	2 202 672	4 298	220	100 F	8 549	237	108 F
Limousin	719 780	1 495	76	106 F	3 176	88	122 F
Lorraine	2 311 006	4 902	251	109 F	9 376	260	112 F
Midi-Pyrénées	2 482 933	4 320	221	89 F	8 756	243	98 F
Nord-Pas-de-Calais	3 988 183	9 899	506	127 F	18 176	504	126 F
Pays de Loire	3 122 414	5 825	298	95 F	10 983	304	97 F
Picardie	1 847 906	4 152	212	115 F	7 460	207	112 F
Poitou-Charentes	1 612 530	3 112	159	99 F	6 127	170	105 F
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 400 355	9 132	467	106 F	17 275	479	109 F
Rhône-Alpes	5 535 594	9 742	498	90 F	18 321	508	92 F
Total	57 779 052	117 289	6 000	104 F	216 461	6 000	104 F

Tableau II
Mortalité prématurée (sauf morts violentes)

	Population 1994	Décès prématurés avant 65 ans	Montant réparti selon les régions (MF)	Ressources distribuées par habitant	Décès prématurés avant 75 ans	Montant réparti selon les régions (MF)	Ressources distribuées par habitant
Alsace	1 677 884	2 732	174	104 F	5 485	175	104 F
Aquitaine	2 854 482	4 295	274	96 F	9 447	302	106 F
Auvergne	1 316 341	2 257	144	109 F	5 025	161	122 F
Basse-Normandie	1 408 305	2 171	138	98 F	4 600	147	104 F
Bourgogne	1 621 308	2 691	172	106 F	5 745	184	113 F
Bretagne	2 834 323	4 778	305	107 F	10 219	327	115 F
Centre	2 422 349	3 639	232	96 F	7 550	241	100 F
Champagne-Ardenne	1 351 281	2 335	149	110 F	4 520	144	107 F
Corse	258 072	444	28	110 F	939	30	116 F
Franche-Comté	1 109 207	1 681	107	97 F	3 496	112	101 F
Haute-Normandie	1 770 540	3 041	194	109 F	5 688	182	103 F
Île-de-France	10 931 587	18 865	1 202	110 F	31 322	1 001	92 F
Languedoc-Roussillon	2 202 672	3 334	213	96 F	7 347	235	107 F
Limousin	719 780	1 223	78	108 F	2 795	89	124 F
Lorraine	2 311 006	3 940	251	109 F	8 164	261	113 F
Midi-Pyrénées	2 482 933	3 422	218	88 F	7 625	244	98 F
Nord-Pas-de-Calais	3 988 183	8 309	530	133 F	16 197	518	130 F
Pays de Loire	3 122 414	4 477	285	91 F	9 289	297	95 F
Picardie	1 847 906	3 231	206	111 F	6 345	203	110 F
Poitou-Charentes	1 612 530	2 360	150	93 F	5 189	166	103 F
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	4 400 355	7 291	465	106 F	15 032	480	109 F
Rhône-Alpes	5 535 594	7 615	485	88 F	15 701	502	91 F
Total	57 779 052	94 131	6 000	104 F	187 720	6 000	104 F

La colonne fournissant le montant de ressources ainsi distribuées rapportées au nombre d'habitants permet de prendre la mesure de l'aspect discriminant de la méthode. Le scénario le plus contrasté est celui basé sur la mortalité prématurée avant 65 ans, hors morts violentes. L'écart de dotation va de 88 F par habitant en Midi-Pyrénées ou en Rhône-Alpes à 133 F par habitant dans le Nord-Pas-de-Calais. Les résultats varient bien sûr quelque peu selon les hypothèses, mais les rangs sont proches.

Fonctionnement dynamique du dispositif

Il faut ensuite gérer le système de façon dynamique. Un problème pourrait être de se trouver, en fin de période, avec des financements alloués à différentes structures remis en cause si les priorités changent. Il ne faudrait pas pour autant se trouver dans l'obligation de reconduire de façon automatique ces financements en bloquant toute marge de manœuvre pour d'autres actions au sein de cette enveloppe spécifique. Il y a plusieurs manières de résoudre la contradiction :

- Le processus pourrait être cumulatif. Les sommes dégagées une première fois réintégreraient lors de la période suivante la « masse » de l'Ondam, et une nouvelle « ponction » sur l'Ondam serait alors opérée sur le même mode, pour peu à peu donner à cette enveloppe spécifique une place de plus en plus importante au sein de l'Ondam. La discussion sera de déterminer jusqu'à quelle hauteur il convient d'allouer des ressources par ce système d'appel d'offres sur actions ciblées.
- Le processus est géré dans toute sa rigueur. Les sommes dégagées le sont pour des actions de trois ans si l'on retient l'hypothèse de pluriannualité, et en fin de période, on recommence la procédure en remettant en cause l'ensemble des financements. Les structures peuvent bien sûr concourir une seconde fois aux appels d'offres, mais avec le risque de ne pas être retenues et de devoir alors dégager sur leurs marges de manœuvre propres les financements nécessaires pour poursuivre l'action.

Annexe X La généralisation de la démarche qualité, facteur de réduction des inégalités de santé

Les inégalités de santé, indicateur du degré de qualité du système de santé

Avec une espérance de vie à la naissance de 77,9 ans en 1996, la France fait partie des pays dont la population bénéficie des durées de vie les plus importantes. Elle figure en effet au 4^e rang des pays de l'Union européenne et dans les dix premières places mondiales. Néanmoins, l'espérance de vie à la naissance observée au Japon, la meilleure au monde, dépasse de deux ans celle de la France.

Pourtant, après les États-Unis et l'Allemagne, la France est l'un des trois pays de l'OCDE dont les dépenses de santé sont les plus importantes. Elle consacre en effet près de 10 % de son PIB aux dépenses de santé, alors que cette proportion est d'environ 7,7 % pour l'ensemble des pays de l'Union européenne. La dépense par habitant atteint également un niveau élevé. En tout état de cause, des pays comme le Japon ou la Suède ont des espérances de vie à la naissance supérieures à celle de la France pour une dépense de santé par habitant sensiblement plus faible. Autrement dit, en France, le rapport entre les résultats obtenus par le système de santé et le coût pour y parvenir est largement améliorable.

Cette qualité insuffisante au regard des moyens mis en œuvre se traduit par deux aspects importants. Le premier concerne la mortalité prématurée, définie comme la mortalité intervenant avant l'âge de 65 ans. Chaque année, elle est à l'origine dans notre pays d'environ 120 000 décès, soit près d'un sur quatre. Or, le niveau de cette mortalité est en France beaucoup plus élevé que dans d'autres pays de l'Union européenne. Aux alentours de 25 ans, la mortalité des Français est le double de celle des Suédois ou des habitants du Royaume-Uni et la mortalité des Françaises est, à cet âge, environ une fois et demie plus forte que dans ces deux pays.

Le second aspect marquant de la situation française est l'existence d'inégalités de santé anciennes et importantes qui ne diminuent pas. La première de ces inégalités concerne l'écart entre la durée de vie des

hommes et des femmes. Si les Françaises ont la meilleure espérance de vie parmi les habitantes de l'Union européenne et la deuxième au monde après les Japonaises, la situation est loin d'être aussi bonne pour les Français. Leur espérance de vie à la naissance occupe en effet seulement le 7^e rang dans l'Union européenne, devancée par celle des Suédois, des Grecs, des Italiens, des Hollandais, des Espagnols et des Anglais.

Il existe également d'importantes différences d'état de santé en fonction de la catégorie sociale. Vers 1990, date du dernier recensement, les ouvriers et employés avaient, entre 25 et 64 ans, une mortalité trois fois plus importante que les cadres supérieurs et les professions libérales. Cet écart est observé pour la plupart des pathologies, en particulier l'alcoolisme et les cancers des voies aérodigestives supérieures, les cancers du poumon, les infarctus, les maladies cérébro-vasculaires, les accidents de la circulation et les suicides.

Enfin, malgré un État jacobin puissant, l'état de santé de la population varie également de façon importante entre les régions françaises. Aux alentours de 1990, l'espérance de vie des hommes de Midi-Pyrénées s'élevait à 74,5 ans, soit 4,8 ans de plus que les 69,7 ans atteints dans le Nord-Pas-de-Calais. Une telle différence est très importante puisque l'espérance de vie observée en 1990 dans le Nord-Pas-de-Calais était observée en 1970 en Midi-Pyrénées, soit vingt ans plus tôt.

Contrairement à ce qu'aurait pu laisser croire (ou espérer) l'augmentation importante des dépenses de l'assurance maladie, ces inégalités ne se réduisent pas. C'est ainsi que l'écart de mortalité entre catégories sociales s'est accru entre le début et la fin des années quatre-vingt. En effet, la mortalité des ouvriers et employés entre 25 et 64 ans est restée stable durant cette période alors que la mortalité des cadres supérieurs et professions libérales diminuait de près de 20 %.

Surmortalité prématurée, importance des inégalités sociales ou géographiques apparaissent ainsi comme les indicateurs d'une qualité de fonctionnement insuffisante du système de santé en France.

Une stratégie avant tout curative aux possibilités d'action limitées pour réduire les inégalités de santé

Depuis la Seconde Guerre mondiale, en réponse à l'attente et aux besoins de la population, les pouvoirs publics ont créé, développé et généralisé la sécurité sociale, à travers ses différentes composantes, famille, maladie et vieillesse. Dans le cas de l'assurance maladie, le dispositif mis en place a été quasi exclusivement orienté vers le remboursement des dépenses relatives aux soins effectués par des professionnels de santé, à celui des frais correspondant à l'achat des biens médicaux prescrits par ces professionnels ou à la compensation des pertes de salaire liées à la maladie. Associé à des progrès thérapeutiques incontestables, l'accent

mis sur les dépenses de soins au détriment des autres dépenses de santé a malheureusement conduit la population, comme les soignants et les responsables politiques, à considérer l'approche curative comme le meilleur, voire l'unique outil d'amélioration de l'état de santé de la population. Les autres stratégies intervenant en amont des problèmes ont été complètement marginalisées. À titre d'exemple, en 1996, les dépenses de médecine préventive représentaient seulement 2 % de la consommation médicale totale.

En cas de maladie, chaque Français doit pouvoir accéder aux soins de qualité qui lui sont nécessaires. L'offre de soins est en France abondante, souvent d'un haut niveau de qualité et, malgré les difficultés résultant de l'augmentation de la précarité, beaucoup plus largement accessible que dans de nombreux autres pays. Cette situation n'est sans doute pas étrangère au fait que notre espérance de vie à 65 ans soit, d'après l'Organisation mondiale de la santé, la meilleure de l'Union européenne en 1994, chez les hommes comme chez les femmes. En effet, les personnes les plus âgées sont aussi collectivement celles qui nécessitent le plus de soins. Mais le système de soins n'est pas l'unique, ni même le principal déterminant de l'état de santé des Français. Bien d'autres facteurs ont un rôle plus important pour maintenir ou favoriser la santé et limiter l'apparition de maladies. Outre les aspects génétiques encore peu accessibles d'un point de vue thérapeutique, il s'agit notamment de l'éducation et de la culture, des revenus, des habitudes et modes de vie ou de consommation, des conditions de vie, en particulier celles liées au logement et au travail, mais aussi naturellement de la qualité de l'environnement physique ou social. Autrement dit, se limiter à la seule stratégie curative, c'est se priver dans de nombreux cas d'autres approches à l'efficacité supérieure pour préserver l'état de santé de la population. Quand on examine les causes à l'origine de la mortalité prématurée survenant avant 65 ans, ce constat est évident. Au moins la moitié d'entre elles pourrait le plus souvent être évitée par des actions intervenant soit très en amont du système de soins, par exemple dans le cas des cancers du poumon ou des accidents de la circulation, soit dans le cadre d'une utilisation beaucoup plus préventive des moyens médicaux, par exemple dans le cadre du dépistage des cancers du sein ou de l'utérus. Il n'est donc pas surprenant qu'en privilégiant une politique essentiellement curative, la France n'ait que des résultats médiocres en termes de mortalité prématurée et d'inégalités de santé. En effet, l'amélioration de ces problèmes relève davantage d'autres stratégies de prise en charge que les soins. Il est même vraisemblable que plus les moyens continueront à être quasi exclusivement alloués aux approches curatives, plus ces inégalités se maintiendront ou même progresseront.

Mais si la France ne dispose pas encore de l'ensemble des stratégies nécessaires à une véritable politique de santé, elle se caractérise également par un système de santé où il existe une multiplicité de décideurs, de financeurs, d'acteurs, de structures et de processus. Au fil des réformes, les strates s'additionnent les unes aux autres et rendent le dispositif global de plus en plus confus et opaque pour la population comme

pour les professionnels. Cette situation favorise les logiques institutionnelles, contribue à la dispersion des moyens et se traduit par des pertes considérables d'efficacité. Même en cas de maladie, la stratégie actuelle fondée sur le système de soins n'est sans doute plus en mesure d'atteindre sa pleine efficacité.

L'amélioration de la situation française, et notamment la réduction de la surmortalité prématurée et des inégalités de santé, passe donc par la mise en œuvre de stratégies nouvelles et innovantes dans le cadre d'une approche plus globale et plus transversale.

Une stratégie nouvelle basée sur une démarche qualité étendue à l'ensemble du système de santé

La situation de blocage actuelle enferme dans une logique où les nécessités de l'équilibre financier semblent incompatibles avec la satisfaction des besoins de la population. Pour sortir de cette impasse, l'approche à promouvoir doit partir d'une perception nouvelle des enjeux et faciliter l'évolution des comportements, des pratiques et des choix politiques. Elle doit être compatible avec une vision globale des déterminants de l'état de santé et permettre d'apprécier, en fonction de chaque problème, l'intérêt des stratégies préventives et curatives au lieu de les opposer de façon manichéenne. Elle doit aussi concerner et mobiliser tous les acteurs, de la population aux décideurs en passant par les professionnels de santé, médicaux, paramédicaux ou administratifs. Elle doit enfin déboucher sur des aspects opérationnels concrets en termes d'orientations et d'allocations des ressources humaines ou financières.

En la généralisant à l'ensemble du système de santé, la démarche qualité, qui se développe en matière de soins depuis plusieurs années, pourrait répondre à ces conditions. L'amélioration nécessaire des résultats du système de santé aurait ainsi pour base une stratégie d'amélioration de la qualité de son fonctionnement. Mais la qualité est un concept dont le sens est facile à percevoir mais qu'il est difficile de définir en pratique. Cette notion relève en effet d'un idéal à atteindre. Le problème est assez similaire à celui de la santé, dont la définition est tout aussi difficile à trouver. En revanche, il est beaucoup plus simple de définir le contraire de la qualité, de la même manière qu'il est plus aisé de définir la maladie que la santé. Autrement dit, réduire la fréquence des situations de non-qualité constituerait le moyen pragmatique pour améliorer la qualité générale de fonctionnement du système de santé et par là même ses résultats.

Dans cette perspective, les situations de non-qualité sont définies comme les situations négatives (ou inutiles) pour la santé qui se produisent alors qu'elles pourraient être évitées. Tout ce qui est évitable et ne l'a pas été constitue ainsi un élément de non-qualité. De telles situations s'observent dans le cadre des soins mais aussi en amont et en aval. Une infec-

tion nosocomiale est une situation de non-qualité, mais aussi une contamination par le virus du sida, les accidents de la circulation, ou encore les cancers du poumon dus au tabagisme. En effet, toutes ces situations sont potentiellement évitables. Il en va de même de la perte d'une couverture complémentaire pour des raisons financières, d'un examen, d'une intervention ou d'une prescription inutiles mais aussi des difficultés d'intégration des personnes handicapées. Comme on l'a vu, ces facteurs évitables sont très souvent à l'origine de la mortalité prématurée et ils frappent beaucoup plus souvent les catégories sociales les moins favorisées. On les retrouve également à la base de nombreuses différences entre régions.

Au niveau national, comme dans chaque région, il devrait être possible de se mettre d'accord sur une liste « raisonnable » de situations de non-qualité et d'en mesurer la fréquence, soit à l'aide d'indicateurs existants, soit en mettant en place les indicateurs nécessaires. Ces situations peuvent éventuellement être distinguées en fonction de la gravité de leurs conséquences sur la santé. Une telle liste pourrait évoluer dans le temps. Une fois mesurés, ces indicateurs de qualité du fonctionnement du système de santé pourraient être mis en parallèle avec le niveau des ressources consacrées à la santé (pas seulement celles concernant les soins) pour obtenir une idée plus précise de l'efficacité des résultats obtenus dans chaque région.

À partir de ces bilans, il devient alors possible de définir, nationalement et régionalement, des stratégies explicites de réduction de la fréquence des situations de non-qualité susceptibles de mobiliser l'ensemble des acteurs. Les moyens disponibles pourraient être attribués, pour partie, sur la base de ces stratégies d'amélioration de la qualité. Un accroissement des ressources serait éventuellement justifié pour appuyer une démarche de renforcement de la qualité. Au niveau national, le Parlement pourrait réserver une fraction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam) à cette démarche. Ce quota pourrait varier dans le temps pour permettre un passage progressif des modalités actuelles à de nouvelles procédures. Il serait souhaitable que d'autres ressources, comme celles de l'État ou des collectivités territoriales, soient elles aussi mobilisées d'une façon coordonnée dans le cadre des stratégies retenues. Au niveau régional, cette même logique de réduction des situations de non-qualité pourrait déjà être reprise par les agences régionales de l'hospitalisation dans le cadre des budgets hospitaliers, des contrats d'objectifs ou des orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire, mais également par les unions régionales des caisses d'assurance maladie à travers leurs actions en matière de gestion des risques ou de prévention.

Fonder l'action des acteurs du système de santé sur une telle généralisation de la démarche qualité et sur la stratégie en découlant présente plusieurs avantages.

Tout d'abord, l'approche qualité ainsi définie constitue une approche unificatrice et dynamique du système de santé, englobant l'amont et l'aval, le curatif et le préventif. Elle débouche ainsi sur une véritable politique

de santé dont chaque acteur peut percevoir l'utilité pour faire évoluer sa pratique en conséquence. Elle facilite le rééquilibrage progressif des moyens entre le curatif et le préventif sans dogmatisme mais sur la base de projets mobilisateurs.

Cette démarche qualité est positive en donnant du sens à l'allocation des ressources. Son principe est simple à comprendre. Elle fixe un objectif d'ensemble auquel tout le monde peut adhérer, de la population aux professionnels en passant par les décideurs. Le suivi des indicateurs de non-qualité rend possible une évaluation régulière de l'efficacité des stratégies choisies facilitant ainsi l'adaptation des mesures prises, y compris dans le cadre de l'allocation des ressources. Une telle évaluation favorise la transparence et peut faciliter le débat social. Elle permet en outre une meilleure appréciation de l'évolution des dépenses de santé. En effet, une augmentation de ces dépenses accompagnée d'une réduction de la fréquence des situations de non-qualité n'a pas la même signification qu'une augmentation sans cette réduction.

Aujourd'hui, cette démarche permet de respecter le contour des différentes enveloppes, sanitaires, médico-sociales et sociales mais en leur donnant davantage d'unité de perspective et d'action. Demain, elle peut favoriser l'évolution vers une vision moins segmentée de la réalité et des dispositifs. Le dispositif des programmes régionaux de santé (PRS) prévu par les Ordonnances d'avril 1996 pourrait être utilisé pour servir de cadre aux stratégies à mettre en œuvre.

La définition et la mesure des indicateurs de non-qualité peuvent être très structurantes pour le système d'information en santé. On saurait (enfin) ce qu'il faut mesurer et pourquoi le faire !

Cette démarche est adaptable et progressive. En fonction des résultats obtenus et de l'amélioration de la situation, elle peut-être renforcée en augmentant les critères de qualité ou leur niveau et en élargissant l'assiette du quota de l'Ondam à réaffecter. Son adaptabilité est aussi géographique car elle peut être utilisée de la même façon pour une déclinaison régionale et infrarégionale de l'allocation des ressources.

Enfin, et surtout, cette démarche qualité élargie devrait contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, tout en réduisant les inégalités régionales et sociales. En effet, on sait que les populations les plus défavorisées sont les premières à souffrir des situations de non-qualité. Au demeurant, l'existence d'inégalités de santé traduit déjà l'existence de telles situations. Autrement dit, en luttant pour la qualité, on agit directement pour réduire les inégalités de santé.

Cette réflexion s'appuie sur des travaux menés à la demande du département « Prévention » de la Mutualité française et à l'occasion de la conception d'un module de formation sur la compréhension des enjeux de santé publique.

T A B L E D E S M A T I È R E S

Introduction	Trois ordres de considérations	8
	Le plan du rapport	9
Position du problème	De quoi s'agit-il ?	12
	Le champ couvert par l'allocation régionale des ressources	12
	Le renforcement de la déconcentration et du poids de la région	12
	Y a-t-il un lien entre inégalités de santé et inégalités d'offre de soins ?	13
	Un enchaînement causal simpliste	14
	La santé déborde largement les soins de santé	14
	Pertinence et efficience du système de soins	15
	L'accès des populations aux soins	16
	Faut-il néanmoins prôner le <i>statu quo</i> ?	17
	Dès lors, au nom de quels principes faut-il répartir les ressources ?	17
	Premier principe : égaliser les moyens attribués à chaque région pour la production d'un ensemble de soins donné	18
	Deuxième principe : égaliser les consommations moyennes ou les dépenses moyennes à besoin égal	19
	Comment mesurer les besoins ?	21
	Troisième principe : réduire les inégalités d'état de santé	22
	Conclusion	23
Les dispositifs actuels d'allocation régionale des ressources	Ce que prévoient les textes	25
	Les dispositifs arrêtés en 1997 et 1998	26
	Les dotations régionales pour le secteur hospitalier public et PSPH	27
	Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales par région	28
	La correction des inégalités de dotations entre régions pour l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées	28
	Les résultats des déclinaisons régionales opérées en 1997 et 1998	29
	Essai de lecture critique de ces dispositifs	30
	Le contexte dans lequel s'inscrivent ces dispositifs	30
	Les conséquences des modalités de péréquation retenues	36
	Conclusion	41

Préconisations	Introduction : malgré les difficultés de la tâche, il convient d'avancer	43
	Les scénarios proposés	45
	L'amélioration des dispositifs actuels (scénarios 1 et 2)	46
	Scénario 1 - Propositions de modification des méthodes de régionalisation actuelles	47
	Scénario 2 - Une péréquation globale avec redécoupage sectoriel ensuite, complétée par une fongibilité à la marge des enveloppes de dépenses au niveau régional	49
	Changements de perspective (scénarios 3 et 4)	55
	Scénario 3 - Détermination d'une enveloppe spécifique destinée à des actions ciblées sur les priorités de santé publique	55
	Scénario 4 - Une allocation régionale globale gérée par une instance régionale unique	62
	Proposition de mesures devant accompagner les dispositifs de péréquation financière	66
	Conclusion	
	L'expert et le politique	69
	De quelques idées forces	70
	Le choix entre plusieurs scénarios	71
	Le début d'un processus	75
Annexes	Annexe I Composition du groupe de travail et personnalités auditionnées	79
	Annexe II Les indicateurs d'état de santé et de besoins : disponibilités actuelles et souhaits de nouveaux indicateurs	81
	Annexe III Définition du domaine des prestations liées à la santé donnant lieu à l'allocation régionale des ressources	95
	Annexe IV Corrélations observées entre les indicateurs de santé concernant le thème « Mère-enfant » et les indicateurs socio-démographiques des populations régionales	99
	Annexe V La prise en compte des états de santé et des besoins de soins des populations dans l'allocation des ressources	113
	Annexe VI Apports et limites du PMSI dans l'analyse des inégalités interrégionales d'offre de soins	135
	Annexe VII Expériences étrangères d'allocation de ressources et application de la formule RAWP aux prestations d'assurance maladie	143
	Annexe VIII Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins utilisées en 1997 : une présentation critique	155

Annexe IX	Détermination d'une enveloppe spécifique destinée à des actions ciblées sur des priorités de santé publique ; simulations et discussion de quelques problèmes posés par la mise en œuvre	177
Annexe X	La généralisation de la démarche qualité, facteur de réduction des inégalités de santé	181

Achevé d'imprimer
sur les presses de Calligraphy Print, Rennes
Illustration couverture : V. Hélye
Mise en page : Buroscope
Dépôt légal : janvier 1999