

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des participants au groupe de travail pour la qualité de leur contribution, ainsi que pour leur souci constant de la synthèse et du compromis qui a permis la réalisation de ce rapport.

De fait, je me suis efforcé de faire en sorte que le rapport intègre fidèlement l'ensemble des apports que les membres du groupe qui se sont réunis à sept reprises, ont bien voulu me communiquer.

Je me félicite également que de nombreux experts n'aient pas hésité à consacrer une part de leur temps à faciliter l'avancée de la réflexion du groupe de travail ; je pense plus particulièrement à Jean Pierre BADER, Etienne CANIARD, Mireille ELBAUM, Geneviève GUERIN, Jean de KERVASDOUE et Claude LEPEN.

Les autres voudront bien m'excuser de ne pouvoir les citer, tant les conseils et les contributions à ce travail ont été nombreux.

Que tous trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance, et tout particulièrement, Jacques AMALRIC qui a su, par la qualité de sa rédaction et la pertinence de son analyse, très largement contribuer à l'élaboration de ce rapport.

Le Président du Groupe de travail

Alain COULOMB

LE GROUPE DE TRAVAIL

ABDELATIF Mohamed – CFDT	
AMALRIC Jacques	
BERT Alain – CGPME	
BODIN Claire – Groupama VA Conseil	
BONAN Isabelle – MEDEF	
CORVEZ Alain – CCMS	
COSTES Pierre – MEDSYN	Suppléant : TESMOINGE Armand
COULOMB Alain - ANAES	
DECALF Yves – CSMF	
DECISIER Donat - CGT	
DIB Djamel – FMF	Suppléante : Mme BELLOIR FURTER
HOGUET André – CFTC	
LANCRY Pierre-Jean – CNAMTS	Suppléante : MOREAU Bernadette
LENGLART Fabrice – Ministère des Finances	Suppléante : GOBIN Maud
LEMOINE Bernard – SNIP	Suppléant : LANGLOIS Jean-Marie
PARPAILLON Eric – Ministère des Affaires Sociales	
RICCI Alain – Alliance	
RIFFARD Georges – FEHAP	Suppléant : CASTRA Laurent
VAVASSEUR Sabine – FO	
VLEMINCKX Jacques – CNPS	
WEBER Monique – CFE/CGC	Suppléante : TALOWSKI Claire
YZERMAN Jean-Marc – FSPF	
ZAMICHIEI Marc – Fédération des Mutuelles de France	

LA LETTRE DE MISSION

Paris, le 25 SEP. 2002

CAB/PHG/FL

Monsieur le délégué général,

Il m'est apparu utile que la Commission des comptes de la sécurité sociale dont vous êtes membre participe à une réflexion sur les réformes que prépare en ce domaine le Gouvernement. C'est pourquoi trois groupes de travail sont constitués au sein de la Commission en application de l'article D.114-3 du code de la sécurité sociale.

L'un de ces groupes devrait travailler à la "médicalisation" de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Il a été reproché à juste titre que cet objectif fût fixé en fonction de considérations principalement économiques. Cette manière de faire n'est pas satisfaisante. Elle fait peser des contraintes sur les professionnels de santé qui leur apparaissent arbitraires.

Elle méconnaît la logique propre de croissance des dépenses de santé où interviennent progrès technique, allongement de l'espérance de vie, aspirations au bien-être...

Pour autant agir autrement n'est pas simple. Les outils dont disposent les pouvoirs publics pour mesurer l'impact financier des évolutions qui affectent le système de santé sont peu nombreux et ne donnent que des indications partielles.

C'est pourquoi il me paraît nécessaire que l'ensemble des partenaires du système de santé prenne conscience de l'importance du chemin à parcourir et inventorie les recherches à accomplir.

Monsieur Alain COULOMB
Fédération Hospitalière Privée
81 rue Monceau
75008 PARIS

8, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00

La commission des comptes de la santé a montré la voie cette année en présentant des comptes par pathologie. Il s'agit de poursuivre l'effort.

Vous avez accepté d'animer ce groupe de travail et je vous en remercie vivement. Je souhaite que vous puissiez me rendre compte de vos travaux pour la fin du mois de mars 2003 afin d'en tirer le bénéfice dans la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Je vous prie de croire, Monsieur le délégué général, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Jean-François MATTEI

**Rapport du groupe de travail
de la
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale**

MEDICALISATION DE L'ONDAM

31 mars 2003

Rapporteur : Alain COULOMB

SOMMAIRE

Préambule (*pages 12 à 20*)

Définition du concept d'ONDAM (*page 13*)

Une logique de rupture (*page 13*)

Des mesures volontaristes opérationnelles à court et moyen termes (*page 15*)

Deux approches écartées (*pages 15 à 17*)

L'approche retenue (*page 17*)

Le plan du rapport (*pages 17 à 20*)

1° L'existant et le contexte de l'élaboration de l'ONDAM (*page 21*)

Une critique du contenu et des modalités d'élaboration actuelles de l'ONDAM.... (*page 22*)

.... qui ne saurait toutefois mettre en cause son concept même (*page 25*)

2° Des déterminants fondamentaux des dépenses de santé à la prise en charge obligatoire et collective des états pathologiques et des actions préventives (*pages 26 à 30*)

1° L'âge et le vieillissement (*page 31*)

2° L'épidémiologie (*page 31*)

3° La croissance économique (*page 32*)

4° L'organisation sociétale (*page 32*)

5° L'environnement (*page 33*)

6° Les représentations de la santé (*page 33*)

7° Le progrès technique (*pages 34 et 35*)

8° Les comportements socioculturels (*page 36*)

9° Le système de santé (*page 36*)

10° Le système de protection sociale (*page 37 à 38*)

3° La mise en œuvre des actions correctrices, à travers des leviers d'action susceptibles d'influer sur l'ONDAM médicalisé (pages 39 à 40)

Les trois leviers d'action (page 41)

Les quatre discriminants (page 42)

Le levier relatif à l'organisation des soins (page 42)

A) Les actions correctrices (page 42)

- a) L'extension du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (page 42)
- b) Une meilleure coordination des soins (pages 43 à 46)
 - L'optimisation de la carte Vitale et le dossier médical partagé
 - le transfert du patient : un moment fort du processus de soins
 - une fongibilité accrue des enveloppes financières
 - l'encouragement des réseaux de santé
- c) Une concertation et une contractualisation optimisées entre structures de soins (page 47)

B) Les actions d'accompagnement (page 47)

- a) L'optimisation du système d'information par le développement du codage des actes et l'unification des statistiques public- privé (page 47)
- b) L'action sur la démographie médicale (page 48)
- c) La revalorisation de la santé publique et de l'économie de la santé à l'Université (page 48)
- d) La réorganisation de la Formation Médicale Continue (FMC) (pages 48 à 49)

Le levier relatif à la responsabilisation des acteurs (page 49)

A) Les actions correctrices (page 50)

- a) Le développement des programmes de prévention primaire et secondaire s'appuyant sur les progrès de la médecine prédictive (page 50)
- b) L'encouragement des aides à la prescription ou au diagnostic et l'impact sur les affections iatrogènes (page 50)
- c) La lutte contre les infections nosocomiales (page 51)
- d) L'encadrement de certains actes ou prescriptions, comme la visite, le générique ou l'antibiothérapie (page 51)

B) Les actions d'accompagnement (page 51)

- a) Les procédures d'accréditation des structures (*page 51*)
- b) Les modalités d'allocation des ressources et de fixation des tarifs (*page 52*)
- c) Les campagnes de sensibilisation des acteurs de santé (*page 53*)
- d) Le processus « vertueux » de certaines dispositions conventionnelles (*page 53*)
- e) Le dossier du patient (*page 54*)
- f) Les modalités de remboursement et la couverture sociale (*page 54*)

Le levier relatif à l'évaluation des pratiques et des prestations (*page 55*)

A) Les actions correctrices (page 55)

- a) La promotion des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (*pages 55 à 58*)
 - au niveau de la conception des RPC
 - au niveau de la mise en œuvre des RPC
 - au niveau de l'application des RPC
- b) Le suivi des grands consommateurs (*page 58*)
- c) Le suivi des principales pathologies (*page 59*)
- d) Une approche transverse des pathologies au travers de l'imagerie médicale (*pages 59 à 60*)

B) Les actions d'accompagnement (page 60)

- a) Une nécessaire coordination au niveau des Agences nationales (*page 60*)
- b) Une nouvelle définition du rôle du Service Médical (*pages 60 et 61*)
- c) Une organisation du régime général de l'assurance maladie optimisée (*pages 61 à 62*)

4° Les modalités d'élaboration et de suivi de l'ONDAM médicalisé et ses principales caractéristiques (page 63)

Le préalable de la structure pivot compétente (page 64)

Les modalités d'élaboration de l'ONDAM médicalisé (page 65)

Les modalités de suivi de l'ONDAM médicalisé (page 66)

Les principales caractéristiques de l'ONDAM médicalisé (page 67)

- l'opposabilité (page 67)
- la pluriannualité (page 68)
- la régionalisation (page 69)

5° Conclusion et principales recommandations (pages 70 à 71)

Les recommandations d'ordre général (pages 72 à 73)

Les recommandations attachées à la coordination des soins (pages 73 à 74)

Les recommandations attachées à la responsabilisation des acteurs (pages 74 à 75)

Les recommandations attachées à l'évaluation des pratiques et des prestations (page 76)

Annexes

- I. Des déterminants fondamentaux des dépenses de santé aux états pathologiques et actions préventives éligibles à une prise en charge collective
- II. Des états pathologiques et actions préventives éligibles à une prise en charge collectives à la détermination d'un ONDAM médicalisé
- III. La concentration des dépenses
- IV. Tableau synthétique relatif aux recommandations

PREAMBULE

- Le thème de réflexion confié au groupe de travail sur la médicalisation de l'ONDAM conduit tout d'abord à s'interroger sur **la signification du concept d'ONDAM**, dans un domaine, celui des dépenses de santé, où, malheureusement, la pratique des constats, quels qu'aient été les moyens mis en œuvre, l'a trop souvent emporté sur l'exigence des buts à atteindre.

L'Objectif National d'évolution des Dépenses de l'Assurance Maladie traduit une volonté politique forte ; il s'agit d'un objectif de dépenses établi sur un plan national, mais susceptible d'une déclinaison régionale, et destiné à influencer sur l'évolution « naturelle » des dépenses de l'assurance maladie, conçues comme un sous ensemble des dépenses de santé.

Il a été introduit par les Ordonnances du 24 avril 1996 qui prévoient un vote annuel par le Parlement, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, après production d'un rapport de la Conférence Nationale de Santé.

Il est, par ailleurs, souhaité que cet objectif soit « médicalisé » ; c'est à dire que des considérations touchant au domaine sanitaire déterminent fondamentalement et prioritairement l'objectif poursuivi, tant dans son contenu, que dans sa procédure d'élaboration.

Cette médicalisation doit intervenir, même si des éléments liés à la conjoncture économique et aux arbitrages entre missions collectives justifient nécessairement des choix politiques, dans un contexte de rareté des ressources.

En fait, l'ONDAM médicalisé peut être défini comme **la traduction financière prévisionnelle du champ d'application de la prise en charge collective et obligatoire des dépenses de santé.**

Nous verrons dans la troisième partie du présent rapport que les actions correctrices de régulation destinées à peser sur les dépenses incluses dans l'ONDAM **concernent par hypothèse l'ensemble des dépenses de santé**, dans la mesure où ces actions ont vocation à influencer sur leur construction proprement dite.

- Le présent rapport se caractérise par **une logique de rupture**, tant dans le domaine de **la sémantique** que dans celui de **la démarche retenue**.

La sémantique est sans doute d'une grande importance dans une réflexion comportant des aspects politiques marqués et susceptibles, de ce fait, de générer d'inutiles malentendus ou incompréhensions préjudiciables à la recherche d'indispensables consensus en pareil domaine.

C'est pourquoi nous éviterons l'utilisation, dans ce rapport, de la formule « maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé », dans la mesure où cette maîtrise, même médicalisée, ne saurait être qu'une résultante d'un processus destiné à la promotion de la qualité des soins et non une finalité en soi.

C'est cette qualité des soins qui doit faire l'objet de nos préoccupations, lorsque nous évoquons les moyens qui doivent y être consacrés. L'optimisation des dépenses résultant de cette qualité constitue un élément positif supplémentaire.

De plus, le concept de maîtrise, même accompagné d'un correctif d'ordre sanitaire, renvoie aux dérives actuelles de la maîtrise des dépenses à forte connotation économique et comptable, qui a caractérisé l'élaboration de l'ONDAM depuis sa création, suscitant de nombreuses oppositions.

Dans ces conditions, il est préférable d'utiliser l'expression « **évaluation médicalisée de l'évolution des dépenses de santé** », beaucoup plus précise et qui surtout ne préjuge pas de l'objectif de régulation des dépenses de santé.

Par ailleurs, l'emploi de formules telles que « le bon usage des soins » ou « les bonnes pratiques médicales » est assez fréquent aujourd'hui. Nous serons circonspects quant à leur utilisation dans le corps de ce rapport consacré à la médicalisation de l'ONDAM, car, au-delà de leur aspect anodin et commode, elles recèlent un jugement sur l'activité médicale intervenant, le plus souvent, a priori.

Ce jugement suppose l'éventualité d'un « mauvais » usage des soins ou de « mauvaises » pratiques médicales, sans qu'aient pu être suffisamment développées les investigations préalables, ce qui risque de susciter de légitimes réactions d'agacement chez certains acteurs de santé.

Au contraire, la mise en exergue de notions comme « **l'amélioration du service médical rendu** » ou le « **respect des référentiels** » suppose que l'on se situe a posteriori, lorsque, par hypothèse, une appréciation quant à la qualité des soins ou des pratiques pourra légitimement intervenir.

C'est pourquoi ces précautions de vocabulaire ne préjugent en rien de l'éventuelle utilisation inappropriée du système de soins.

En outre, nous retiendrons, s'agissant d'élaborer un ONDAM médicalisé, l'expression de « **régulation médicalisée** », beaucoup plus exacte, dans le domaine qui nous concerne, que celle de « gestion des risques », qui prête à de fortes ambiguïtés liées à de multiples usages.

Enfin, nous considérons que la réflexion sur le concept de « panier de biens et de services » relève davantage de la mission confiée à M. Jean François CHADELAT.

A ce sujet, et pour ce qui nous concerne, nous appréhenderons l'ONDAM, comme nous l'avons vu, comme la traduction financière prévisionnelle du « **champ d'application de la prise en charge collective obligatoire des dépenses de santé** ». Il s'agit là d'une expression plus neutre que celle de « panier de biens et de services ».

Cet exercice sémantique n'est en rien artificiel ; il vise, en effet, à lever la méfiance de nombreux acteurs dans le domaine de la santé.

Les expressions utilisées dans ce rapport, pour évoquer l'évolution des dépenses de santé, sont de nature à faire parvenir à l'ensemble de ces acteurs **un signal fort** destiné à **faciliter une nécessaire concertation**.

Cette logique de rupture s'exprime également **dans la démarche retenue** par les membres du groupe de travail pour définir et faire respecter l'ONDAM, à savoir ne pas prendre essentiellement en considération les éléments d'ordre économique et comptable, comme l'ont fait ces dernières années, les décideurs dans le domaine des dépenses de santé.

De plus, il ne s'agira plus de peser a priori sur le comportement des demandeurs de soins, en agissant, par exemple, sur le niveau de prise en charge ou sur le comportement des offreurs de soins, en mettant en œuvre un système de « lettres clés flottantes », d'ailleurs supprimé par la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

On a pu, en effet, constater que les résultats de la politique menée jusqu'alors, en la matière, ont abouti à ajouter l'injustice à l'inefficacité.

Au contraire, ce rapport préconise une **démarche empirique et pragmatique**, fondée sur l'évaluation et l'approche médicalisées, selon lesquelles un comportement, une pratique ou une initiative ne font plus l'objet d'un jugement de valeur a priori, mais sont considérées a posteriori à l'aune de leur efficacité médicale évaluée.

Cet empirisme s'appuie, en particulier, sur les progrès considérables réalisés ces dernières années en matière d'évaluation médicale. Il se nourrit de l'évolutivité de référentiels, élaborés en concertation avec l'ensemble des acteurs et constitutifs de guides de l'activité médicale. Quant à la démarche au coup par coup, elle est rendue possible par les potentialités du « plus important service d'audit en France », à savoir les services médicaux des régimes de protection sociale.

Dès lors, on comprendra que le respect de l'ONDAM, à l'élaboration duquel l'ensemble des acteurs de santé aura contribué, suppose bien davantage **l'exemplarité** et **les incitations** que les mesures coercitives, qui ne sauraient néanmoins être exclues en dernier ressort.

- Une autre ambition de ce rapport consiste à proposer à ses commanditaires, au-delà de l'évolution incoercible et de ce fait perçue comme naturelle des dépenses de santé à court terme, **des mesures volontaristes opérationnelles à court et moyen termes**. Certaines de ces mesures se veulent directement utilisables pour la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et donc, pour la détermination de l'ONDAM que cette loi recèle.
- Ceci étant précisé, **deux approches de la médicalisation de l'ONDAM ont été écartées** par le groupe de travail, nonobstant leur intérêt intrinsèque :
 - **l'approche par les besoins de santé**, car elle ne saurait comporter de caractère opératoire pour la détermination d'un ONDAM médicalisé, eu égard à l'imprécision qui est attachée à la notion de « besoins de santé » dont les aspects subjectifs apparaissent prééminents .

On remarquera notamment **l'incidence des « représentations de la santé »** sur les « besoins de santé ».

A ce propos, le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, faisait observer en juillet 1998 qu' « il n'y a pas lieu de porter de jugement éthique a priori sur la tendance à l'augmentation des dépenses de santé, et l'on peut concevoir que le but du développement économique étant celui du bien être de l'ensemble des citoyens, ceux ci considèrent légitime d'allouer à la protection et à l'amélioration de leur santé une part accrue des richesses qu'ils produisent ou contribuent à produire ».

On ne saurait mieux illustrer le caractère inopérant des besoins de santé quant à la détermination d'un objectif de dépenses médicalisé ; la légitimité de l'affectation des richesses produites à la santé est, en effet, difficilement discutable.

Ceci n'exclut bien entendu aucunement la fixation par la représentation nationale d'objectifs et de priorités de santé publique mesurables.

Cela ne veut pas dire non plus que la notion de « besoins de santé » ne peut pas être utilisée lorsqu'il s'agit, par exemple, d'inciter certaines catégories de praticiens à s'installer dans des zones géographiques dépourvues de leurs spécialités, et où, de ce fait, les assurés ne sont pas en mesure d'accéder à des soins de qualité.

Néanmoins, il est patent que la fixation d'un ONDAM médicalisé ne peut fondamentalement se concevoir à partir de la notion de « besoins de santé ».

- **l'approche par le coût des pathologies**, car elle s'avère **trop descriptive et trop analytique** pour l'utilisation qui pourrait en être faite dans le cadre de l'élaboration prospective d'un ONDAM médicalisé.

Cette approche, bien que **pédagogiquement utile**, est, à ce jour, **trop liée à la notion de constat** pour être utilisée dans la détermination d'un ONDAM médicalisé.

En outre, les **pluripathologies**, présentes en particulier chez nombre de personnes âgées, ôtent à cette approche une grande partie de sa signification, puisqu'elle repose sur l'unicité du diagnostic.

Certes, un éclairage nouveau est ainsi apporté par la possibilité de quantifier l'emploi des ressources injectées dans le système de santé pour les différentes pathologies.

Mais les limites de la méthode sont mises en évidence par ses concepteurs eux-mêmes lorsqu'ils notent les carences des sources de données (seuls 76% des dépenses de soins ambulatoires ont pu être ventilés), les biais relatifs à l'imputation des dépenses aux troubles mentaux ou les insuffisances du codage en Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision, qui ne traduit pas toujours la réalité de certaines prises en charge, pour les personnes âgées par exemple.

Toutefois la mise en œuvre d'un **suivi prospectif des principales pathologies** n'est pas inutile pour l'élaboration d'un ONDAM médicalisé, bien au contraire ; on verra d'ailleurs qu'il constitue **l'une des recommandations** formulées par le groupe de travail.

Il apparaît donc que l'approche par le coût des pathologies ne saurait constituer le pivot de la fixation de l'ONDAM médicalisé.

Ainsi, le fait d'être dans l'obligation d'écarter ces deux approches montre à quel point la réflexion sur la médicalisation de l'ONDAM, pour nécessaire qu'elle soit, s'avère une entreprise difficile.

- De fait, **l'approche retenue en définitive par le groupe de travail** consiste à prendre comme point de départ de la réflexion les **déterminants fondamentaux des dépenses de santé**, dans lesquels s'inscrivent **les objectifs et les priorités de santé publique**, tels que définis par la représentation nationale, après prise en compte de l'état sanitaire de la Nation.

Ces déterminants ont une incidence sur les **états pathologiques et les actions préventives éligibles à une prise en charge collective et obligatoire**.

Se trouve ainsi fixé le **champ d'application de la prise en charge obligatoire et collective « brute » des dépenses de santé**, auquel le délégataire de gestion de l'assurance maladie, par la convention, et les pouvoirs publics, par le règlement, appliquent des correctifs en **concertation** avec l'ensemble des acteurs de la santé.

Ces correctifs interviennent à travers des **leviers d'action volontairement choisis**, pour obtenir le **champ d'application de la prise en charge obligatoire et collective « nette » des dépenses de santé** ; ils portent sur le système de santé et de protection sociale, ainsi que sur les comportements socioculturels.

Cette prise en charge obligatoire et collective « nette » des dépenses de santé génère, de fait, les **dépenses de santé collectives**, après la prise en considération par la représentation nationale **du contexte économique et des arbitrages entre missions collectives**.

Le Parlement fixera ainsi **un ONDAM médicalisé** à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale, après application aux dépenses de santé collectives des différents **taux de remboursement**.

- Le présent rapport sera organisé autour de **cinq parties** :
 - **L'analyse de l'existant en matière d'ONDAM et le contexte qui a présidé à son élaboration depuis sa création.**

Cette première partie, volontairement critique, nous permettra de montrer qu'il serait, sans doute, plus efficace de faire l'économie d'un ONDAM, plutôt que de conserver les procédures d'élaboration actuellement en vigueur. On fera néanmoins observer qu'un ONDAM véritablement « médicalisé » est, de toute façon, préférable à l'absence d'objectif en matière d'évolution des dépenses de santé.

- **Des déterminants fondamentaux des dépenses de santé à la définition des états pathologiques et des actions préventives éligibles à une prise en charge obligatoire et collective (cf. tableau – annexe 1)**

Il s'agira, dans cette deuxième partie, de mettre l'accent sur l'évolution des dépenses de santé, telles que déterminées par des éléments touchant les domaines économiques, technique, environnementaux, sociétaux, nutritionnels, démographique, l'épidémiologie, les facteurs socioculturels et psychologiques, et bien entendu, le système de santé et de protection sociale lui-même.

La forte inertie de la plupart de ces déterminants ne justifie pas qu'on les considère comme une fatalité, surtout lorsqu'on mesure leur impact structurel sur les dépenses de santé.

On verra dans le présent rapport qu'une part non négligeable de l'évolution annuelle de ces dépenses est imputable à des déterminants « objectifs ».

Cette évolution, dite « naturelle », des dépenses de santé, sous tend les états pathologiques et les actions préventives éligibles à une prise en charge collective, après que la représentation nationale se soit prononcée sur les objectifs et priorités de santé publique.

Le champ d'application de la prise en charge obligatoire et collective « brute » (avant actions correctrices) des dépenses de santé se trouve ainsi défini.

Par ailleurs, on s'efforcera de mettre en évidence les conséquences de l'interaction entre certains déterminants fondamentaux de la santé publique. En effet, ces relations n'ont pas fait, à ce jour, l'objet de toutes les investigations souhaitables.

Enfin, on notera que prendre comme point de départ de la réflexion les dits déterminants a pour mérite d'ancrer l'ONDAM dans le domaine sanitaire.

On ne saurait, cependant, en rester au constat de l'incidence de ces facteurs sur l'évolution des dépenses de santé, sans mettre en œuvre, à court et moyen termes, les correctifs qui donneront précisément à l'élaboration de l'ONDAM médicalisé son caractère pragmatique et volontariste ; ce sera la raison d'être de la troisième partie.

- **La mise en œuvre par le délégataire de gestion de l'assurance maladie, et par les pouvoirs publics, des actions correctrices, à travers des leviers d'action, susceptibles d'influer sur l'ONDAM médicalisé (cf. tableau annexe 2)**

Tout l'enjeu consistera ici à quitter le domaine du champ d'application de la prise en charge obligatoire et collective « brute » des dépenses de santé, pour investir celui du champ d'application de la prise en charge obligatoire et collective « nette » (après actions correctrices) de ces dépenses, afin de parvenir, en définitive, à la détermination d'un ONDAM médicalisé.

Ces actions correctrices **concernent le système de santé et de protection sociale, ainsi que les comportements socioculturels**. Elles pourront être entreprises en amont, au moment ou en aval du processus de soins ; les domaines préventif et curatif (et pour ce dernier l'offre et la demande de soins) seront appréhendés.

Il s'agira, tout d'abord, de faire en sorte que les modalités de la construction des dépenses de santé (offre et demande de soins, rationalisation du système de santé et de protection sociale lui-même) **interfèrent le moins possible sur la détermination de leur montant.**

Ce sont les « pertes en ligne », générées par les différents facteurs sur lesquels il est envisageable d'intervenir, qui sont visées.

De ce fait, **à terme, seuls les déterminants « objectifs » des dépenses de santé devraient avoir une incidence significative sur l'évolution positive des dépenses** entrant dans le cadre de l'ONDAM.

Par ailleurs, grâce à la mise en application systématique et au coup par coup des procédures d'évaluation et de rationalisation médicalisées, il sera possible de pratiquer la distinction entre les dépenses de santé, évaluées de qualité et générées par des états pathologiques avérés, **quelle que soit leur importance**, et les dépenses de santé pour lesquelles les assurés, le plus souvent en liaison avec leur praticien, peuvent se comporter comme des agents économiques à part entière, et dont le service médical rendu s'avère insuffisant ou ne recueille pas l'unanimité de la communauté scientifique.

Il va de soi que cette distinction, au-delà de son caractère intrinsèquement relatif consacré par l'application d'une échelle graduée "nécessité/efficacité", ne pourra entrer pleinement dans les faits que lorsque les référentiels médicaux et l'évaluation qu'ils rendent possible, **couvriront une grande partie des dépenses engendrées par l'activité médicale** ; elle pourrait, en particulier, être fondée sur l'analyse du respect de ces référentiels.

Elle paraît également de nature à sous-tendre l'une des hypothèses de la répartition des compétences entre les régimes de protection obligatoires et complémentaires.

En effet, sa **relativité** ne saurait exclure sa prise en considération, tant il est vrai qu'une collectivité, confrontée à des arbitrages entre missions collectives, n'est pas en mesure de faire face aux conséquences de l'ensemble des représentations de la santé, à un moment donné, sans que de sérieuses tensions se manifestent au niveau des prélèvements obligatoires.

On observera enfin qu'elle ne pourrait être que progressive et devrait intervenir sans générer une quelconque culpabilisation au niveau des assurés sociaux ; dans cet esprit, le rôle important joué en la matière par les praticiens devra toujours être mis en exergue.

Il va de soi que ces dernières considérations seront évoquées dans le corps du rapport, avant que soient abordées les modalités d'élaboration, de suivi et les caractéristiques principales de l'ONDAM médicalisé, qui constitueront la quatrième partie du rapport.

- Les modalités d'élaboration et de suivi de l'ONDAM médicalisé et ses principales caractéristiques

Nous insisterons, dans cette quatrième partie, sur le rôle de décideur du Parlement qui se prononcera, en amont, sur les objectifs et les priorités de santé publique et, en aval, sur la fixation de l'ONDAM médicalisé, après avoir pris en compte le contexte économique ainsi que les arbitrages entre les missions collectives, lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale.

Nous mettrons également en évidence les fonctions de proposition et de préparation des **Conférences Nationale et Régionales de Santé**, préalablement réhabilitées et dotées d'un mode opératoire précis, Conférences garantes de l'élaboration et du suivi **concertés** d'un ONDAM à vocation **pluriannuelle opposable** et susceptible d'une **déclinaison régionale**.

Nous préférons l'intervention de ces Conférences dont les missions seraient précisées, approfondies, et légitimées, à la création d'un nouveau « Haut Comité » qui viendrait se surajouter aux Instances déjà existantes.

Nous accorderons une place toute particulière aux procédures de suivi de l'ONDAM médicalisé, qui pourrait se traduire, dans la logique des lois de financement, par l'examen et l'adoption par la représentation nationale, au cours de l'exercice n+1, d'un collectif social rectificatif, dans l'hypothèse où les prévisions ne seraient pas respectées.

Nous proposerons également, comme il se doit, un calendrier d'élaboration et de suivi de l'ONDAM médicalisé.

Enfin, l'importance de l'apport des **Institutions et Agences oeuvrant dans le domaine sanitaire**, tant au niveau de la gestion du système, des analyses statistiques, qu'au niveau de l'évaluation des pratiques ou services et de l'accréditation des structures, sera, bien évidemment, mise en exergue ; ces Institutions et Agences seront partie prenante aux **recommandations** qui se trouveront synthétisées dans la cinquième partie, en guise de conclusion.

- **Conclusion et principales recommandations.**

On remarquera que les recommandations contenues dans ce rapport concernent à la fois des actions correctrices quantifiables et des actions d'accompagnement.

1^{ère} PARTIE

L'EXISTANT ET LE CONTEXTE DE L'ELABORATION DE L'ONDAM

Nous verrons que, si l'on ne peut se satisfaire du contenu ainsi que des modalités d'élaboration de l'ONDAM, tels qu'ils se présentent aujourd'hui, et cela depuis sa création en 1997, le concept même de l'ONDAM ne saurait toutefois être, en tant que tel, mis en cause.

A/ UNE CRITIQUE DU CONTENU ET DES MODALITES D'ELABORATION ACTUELS DE L'ONDAM....

Les considérations critiques, contenues dans les développements qui suivent, seront **à la mesure de l'espoir suscité**, en novembre 1995, par la présentation devant l'Assemblée Nationale d'une réforme fondamentale de notre système de santé et de protection sociale.

Enfin, la représentation nationale allait être en mesure de se prononcer, au moyen d'une procédure budgétaire, sur la part de la richesse nationale que la collectivité entend consacrer à la santé dans notre pays, pour ce qui est, tout au moins, de la prise en charge obligatoire et solidaire des dépenses.

Enfin, un **choix** allait-il pouvoir être effectué quant au montant de ces dépenses ; des **arbitrages** seraient rendus, **en toute connaissance de cause**, entre les différentes missions collectives, en prenant en compte les objectifs et les priorités de santé publique retenus par la représentation nationale, ainsi que l'évolution du produit intérieur brut.

On sait malheureusement ce qu'il est advenu de ces principes et de ces ambitions, à tel point que la justification d'un ONDAM n'allait plus de soi. En effet ce concept, dont on a pu se passer durant plus de cinquante ans, était devenu flou quant à son contenu et imprécis quant à la détermination des Instances compétentes pour son élaboration.

Certes, les textes fondamentaux sont bien intervenus ; l'Ordonnance 96/345 du 24 avril 1996 a prévu, dans son article premier, le vote par le Parlement d'une loi de financement de la sécurité sociale, après que lui ait été communiqué le rapport de la Conférence Nationale de Santé.

Il était, par ailleurs, stipulé que cette Conférence était elle-même destinataire du rapport annuel du Haut Comité de la Santé Publique.

Pourtant, pour des raisons tenant sans doute à une volonté politique insuffisamment affirmée, à l'imperfection des outils d'évaluation et du système global d'information, ainsi qu'à des difficultés relationnelles de mise en œuvre, la loi de financement de la sécurité sociale, avec l'ONDAM qui lui est attaché, **n'ont pu être ancrés dans le domaine sanitaire**.

Bien plus, ils ont été conçus essentiellement **à partir d'éléments économiques et comptables**, sans que puissent être pris en compte, par la représentation nationale, les priorités et les objectifs de santé publique, proposés par les plus hautes instances scientifiques de notre pays.

Rien d'étonnant donc à ce qu'une procédure, dont le principe fut largement admis à l'origine, ait pu faire l'objet, à l'usage, des plus expresses réserves, eu égard à la **déconnexion** manifeste d'avec les impératifs sanitaires auxquels notre société se trouve confrontée.

En outre, cette **décrédibilisation** de la procédure d'élaboration d'un ONDAM s'est trouvée accentuée par le **non-respect systématique des prévisions**, constamment bafouées par la réalité de l'évolution des dépenses de santé.

Ainsi, les délégataires de gestion de l'assurance maladie, tout comme les pouvoirs publics, n'ont pu que constater, chaque année, les écarts entre l'ONDAM voté par le Parlement et les dépenses en définitive exécutées. De fait, le dépassement annuel moyen s'établit, depuis 1997 à **1.8 points** ; il a, également, une forte tendance à s'accroître puisqu'il était de **1.6 points en 1999**, de **3 points en 2001** et qu'il devrait être au moins de **3.2 points en 2002**.

De plus, le défaut de crédibilité de l'ONDAM ressort du **manque de réalisme du taux adopté**, puisqu'il n'a pas dépassé les 3% jusqu'en 2001, alors que l'on s'accorde à reconnaître que la seule incidence des déterminants objectifs de l'évolution des dépenses de santé représente 3 à 3.5 points de cette évolution.

TABLEAU RELATIF A LA COMPARAISON ENTRE L'ONDAM VOTE ET L'ONDAM EXECUTE

Source : Rapport de la Commission des Affaires Sociales sur le PLFSS 2003

	ONDAM voté	Dépenses exécutées	Ecart
Moyenne 1997/2002	2.1%	3.9%	+1.8%
1997	1.7%	1.5%	-0.2%
1998	2.4%	4.0%	+1.6%
1999	1.0%	2.6%	+1.6%
2000	2.9%	5.6%	+2.7%
2001	2.6%	5.6%	+3.0%
2002	4.0%	7.2%	+3.2%

L'ONDAM a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à 112.79 milliards d'euros pour 2002 ; il est admis que son exécution s'établisse à 116.7 milliards d'euros, en droits constatés.

La loi de financement de la sécurité sociale a prévu un ONDAM à hauteur de 123.5 milliards d'euros pour 2003.

Or, les dépassements systématiques des dépenses exécutées, par rapport à l'ONDAM voté, ont atteint, depuis 1998, 12.8 milliards d'euros.

La technique du « rebasage », qui consiste à prendre en compte, pour calculer l'évolution de l'ONDAM de n-1 à n, non pas l'ONDAM voté par le Parlement pour n-1, mais le montant prévisionnel des dépenses réalisées pour n-1, tel que constaté par la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, **ne va pas non plus dans le sens de la transparence**, même si on peut lui reconnaître un intérêt sur le plan politique.

Par ailleurs, si les constats de dépassement dont il a été question, génèrent inévitablement une actualisation des prévisions, ils sont effectués sans que l'on ait le sentiment que les décideurs disposent, à ce jour, d'une réelle marge de manœuvre quant à leur inflexion ; à tel point que l'on a, depuis trop longtemps, la désagréable impression que le système évolue pour son propre compte, avec, pour corollaire, un évident déficit démocratique.

En effet, les moyens mis en œuvre pour assurer le respect de l'ONDAM, voté par le Parlement, sont loin d'avoir fait la preuve de leur efficacité.

Les tentatives méritoires de rationalisation des dépenses de santé, qui sont pour la plupart, l'œuvre du Service Médical des Délégués de gestion de l'assurance maladie, se trouvent trop systématiquement ciblées **en aval du processus de soins**, sous forme de vérification de la qualité des soins dispensés.

Si leurs résultats ne sont pas négligeables, **il est difficile d'en assurer la pérennité**, ce qui ne manque pas de peser parfois sur la motivation des équipes.

En outre, **la réorganisation des soins, en amont, par une meilleure coordination**, telle que prévue par les Ordonnances du 24 avril 1996, n'a pu faire l'objet d'une concrétisation significative, de nature à influencer réellement sur les dépenses de santé.

Enfin, on observera que **les initiatives en matière de constitution de référentiels, d'évaluation des pratiques médicales**, au-delà de leurs résultats déjà tangibles, nécessiteraient des moyens supplémentaires pour couvrir une grande partie de l'activité médicale.

A ce propos, la CNAMTS a pu remarquer que, selon elle, 40% à 50% de la nomenclature relèvent de référentiels, de recommandations ou de protocoles.

Dans un autre domaine, force est de constater **l'impact négatif** qu'a pu avoir la loi de financement de la sécurité sociale, et donc de la fixation d'un ONDAM, **sur la nécessaire concertation** qui doit intervenir entre l'ensemble des acteurs, lorsque l'on se situe dans le champ de la santé et de la protection sociale.

En effet, les débats qui entourent, depuis les origines, l'examen et le vote de la loi de financement de la sécurité sociale, se résument à **quelques échanges**, eu égard à la logique essentiellement économique et comptable qui préside à son élaboration.

Quant à la fixation de l'ONDAM proprement dite, elle ne faisait, jusqu'à ce jour, l'objet que de quelques lignes au sein de la loi précitée et les considérations d'ordre sanitaire étaient reléguées, sous forme de rapport, en annexe au texte.

Ainsi, loin de promouvoir une indispensable et fructueuse concertation entre les différents acteurs du système de santé et de protection sociale, la loi de financement de la sécurité sociale, et donc la procédure de fixation de l'ONDAM, en a été, et en est, **un élément bloquant**.

Au regard de l'ensemble de ces critiques, la cause est-elle entendue ? Mieux vaut-il renoncer à la détermination d'une procédure qui ne satisfait pas aux espoirs que l'on avait placés en elle, et qui irait même à l'inverse du but recherché ? Autrement dit, le principe même de l'ONDAM est-il condamné au profit d'autres techniques d'approche des dépenses de santé, comme le processus exclusivement conventionnel, par exemple ?

B/QUI NE SAURAIT TOUTEFOIS METTRE EN CAUSE LE CONCEPT MEME D'ONDAM

Nous répondrons par la négative aux questions qui viennent d'être posées, dans la mesure, tout d'abord, où il apparaît souhaitable aux membres du groupe de travail de conserver une procédure dont le principe a été admis par l'ensemble des acteurs oeuvrant dans le domaine de la santé, tout comme par la quasi-totalité du monde politique.

Il constitue, en effet, un **outil de cadrage et de référence irremplaçable**, souhaité depuis la prise de conscience de la place majeure occupée par les dépenses de santé dans le contexte économique et social de la nation ; mais il importe, pour cela, que son montant ne soit pas essentiellement fixé en considérant, comme c'est le cas aujourd'hui, des contraintes tenant aux recettes sociales.

Il est, par ailleurs, l'occasion d'un **grand débat national** autour des problèmes de santé, pour peu, évidemment, que cette expression soit politiquement voulue et que les objectifs et priorités de santé publique puissent être pris en compte avant que la représentation nationale ne se prononce. La loi quinquennale de programmation de santé publique entre dans le cadre de cette préoccupation.

Ce débat doit permettre à l'ensemble des acteurs dans le domaine de la santé et de la protection sociale de faire valoir leurs opinions en la matière et de les confronter.

De plus, l'ONDAM participe, en tant que tel, au montant des prélèvements obligatoires ; en raison de son importance, **il influence, en les objectivant, les nécessaires arbitrages entre fonctions collectives**, susceptibles de relever de ressources sociales ou fiscales.

En outre, de par sa nature même, l'ONDAM constitue **un instrument de communication considérable** à l'attention des acteurs de santé, et, plus généralement, de l'ensemble de l'opinion, pour laquelle les priorités de santé publique pourront être explicitées.

De fait, les choix pourront être réalisés, en la matière, avec beaucoup plus de **transparence** et de **cohérence**.

Enfin **la responsabilisation de chacun pourra acquérir, grâce à l'ONDAM, toute sa légitimité**.

C'est pourquoi il convient de redonner à l'ONDAM toutes ses chances **en le médicalisant**, c'est à dire en faisant en sorte qu'il fasse l'objet d'un **incontestable ancrage dans le domaine sanitaire**.

C'est pourquoi le groupe de travail a souhaité poursuivre sa réflexion en examinant **l'incidence des déterminants fondamentaux de l'évolution des dépenses de santé**, avant même d'envisager les actions correctrices susceptibles de peser sur cette évolution.

Ainsi, après le grand débat que le groupe de travail appelle de ses vœux, pourra-t-il être donné **plus de sens** à l'examen et au vote par le Parlement de la loi de financement de la sécurité sociale.

2^{ème} PARTIE

DES DETERMINANTS FONDAMENTAUX DES DEPENSES DE SANTE A LA PRISE EN CHARGE OBLIGATOIRE ET COLLECTIVE DES ETATS PATHOLOGIQUES ET DES ACTIONS PREVENTIVES

L'intérêt de situer les déterminants fondamentaux des dépenses de santé à l'origine de la réflexion du groupe de travail consiste principalement, comme on l'a vu, à **ancrer l'élaboration de l'ONDAM dans le domaine de la santé publique**, en mesurant, lorsque cela est possible, leur incidence sur l'évolution de ces dépenses.

Ces déterminants ne seront pas étudiés de façon exhaustive, ce qui excéderait largement la mission confiée au groupe de travail ; on prendra, pour chacun d'eux, quelques exemples significatifs, ainsi que le résultat d'études menées par ailleurs.

De fait, c'est leur impact sur l'évolution des dépenses de santé, et, surtout, **leur incidence quant à la détermination d'un ONDAM médicalisé**, qui retiendront l'attention.

Ainsi, qu'ils relèvent plutôt de l'« **infrastructure** » (l'environnement, la croissance économique, l'âge et le vieillissement, le progrès technique, l'épidémiologie), ou de la « **superstructure** » (les représentations de la santé, l'organisation sociétale, les comportements socioculturels, le système de santé, le système de protection sociale), ces déterminants seront examinés à la lumière de **trois discriminants majeurs** :

- **la nature de leur incidence sur l'évolution des dépenses,**
- **la quantification de leur impact sur ces dépenses**, à partir des études existantes,
- leur aptitude à être réformés ou **leur « réformabilité »** à court et moyen termes.

On voit bien que, quel que soit l'intérêt des deux premiers critères, ils nous situent dans le domaine du constat.

Par contre, la « ré formabilité » des déterminants constitue le discriminant fondamental, car **c'est d'elle dont dépend la dimension volontariste et prospective présente dans l'élaboration d'un ONDAM médicalisé**, pour le court terme.

Les 10 déterminants fondamentaux des dépenses de santé définis par le groupe de travail avec l'aide de la DRESS, en particulier, seront examinés dans l'« **ordre d'intérêt croissant** » qu'ils présentent quant à l'élaboration d'un ONDAM médicalisé.

Pour cela, on utilisera **une matrice de compatibilité** dans laquelle chaque déterminant fera l'objet d'une notation de **0 à 5**, pour chacun des trois discriminants. (voir tableau page suivante)

Par ailleurs, chaque déterminant comportera une note brute et **une note pondérée pour chaque discriminant**.

La pondération a été ainsi décidée, (elle a vocation à intervenir sur les court et moyen termes) :

- coefficient **2** pour l'incidence du déterminant sur l'évolution des dépenses de santé,
- coefficient **1** pour la quantification de son impact à partir des études existantes,
- coefficient **4** pour sa « ré formabilité ».

Le groupe a opté pour ces coefficients de pondération en raison de l'importance relative de chacun des discriminants quant à la détermination d'un ONDAM médicalisé.

La notation a fait l'objet d'un consensus explicite au sein du groupe de travail. Elle a une valeur plus pédagogique que scientifique, mais elle permet de fixer les ordres de grandeurs, et de faire émerger les principaux domaines d'actions possibles.

MATRICE DE COMPATIBILITE SUR LA CLASSIFICATION DES DETERMINANTS FONDAMENTAUX DE LA SANTE PUBLIQUE

discriminant déterminant	INCIDENCE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES coef 2		QUANTIFICATION DE L'IMPACT coef 1		REFORMABILITE A COURT ET MOYEN TERMES coef 4		TOTAL	
	Note brute	Note pondérée	Note brute	Note pondérée	Note brute	Note pondérée	Note brute	Note pondérée
ENVIRONNEMENT ET NUTRITION	3.33	6.66	1.22	1.22	1.89	7.55	6.44	15.44
CROISSANCE ECONOMIQUE	2.89	5.78	3.44	3.44	0.44	1.78	6.78	11
AGE ET VIEILLISSEMENT	2.89	5.78	3.67	3.67	0.33	1.33	6.89	10.78
PROGRES TECHNIQUE	3.11	6.22	3	3	1.78	7.11	7.89	16.33
EPIDEMOLOGIE	2	4	4	4	0.44	1.78	6.44	9.78
REPRESENTATIONS DE LA SANTE	3.38	6.76	1.5	1.5	1	4	5.88	12.25
ORGANISATION SOCIETALE	2.33	4.66	1.89	1.89	1.33	5.33	5.56	11.89
COMPOTEMENTS SOCIO- CULTURELS	3.89	7.78	2.67	2.67	3.11	12.44	9.67	22.89
SYSTEME DE SANTE	3.89	7.78	2.56	2.56	3.78	15.11	10.22	25.44
SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE	3.33	6.66	2.78	2.78	3.89	15.56	10	25

Trois parmi les dix déterminants fondamentaux de la santé publique se détachent nettement : le système de santé, le système de protection sociale et les comportements socioculturels.

C'est donc sur ces trois déterminants, dont l' « inertie » apparaît bien moindre que pour les autres, que porteront les actions correctrices, au travers des leviers d'action que nous proposerons dans la troisième partie.

Nous consacrerons cependant un développement à chaque déterminant, car, quelle que soit l'inertie de chacun et donc la difficulté d'entreprendre à court et moyen termes des actions correctrices pour l'élaboration d'un ONDAM volontariste médicalisé, leur incidence sur l'évolution des dépenses de santé est, bien évidemment, loin d'être négligeable et doit être prise en considération.

On notera que le choix a été fait de ne pas tenir compte des interactions entre déterminants, les études disponibles étant insuffisantes dans ce domaine, ce qui ne saurait toutefois représenter un obstacle à l'action.

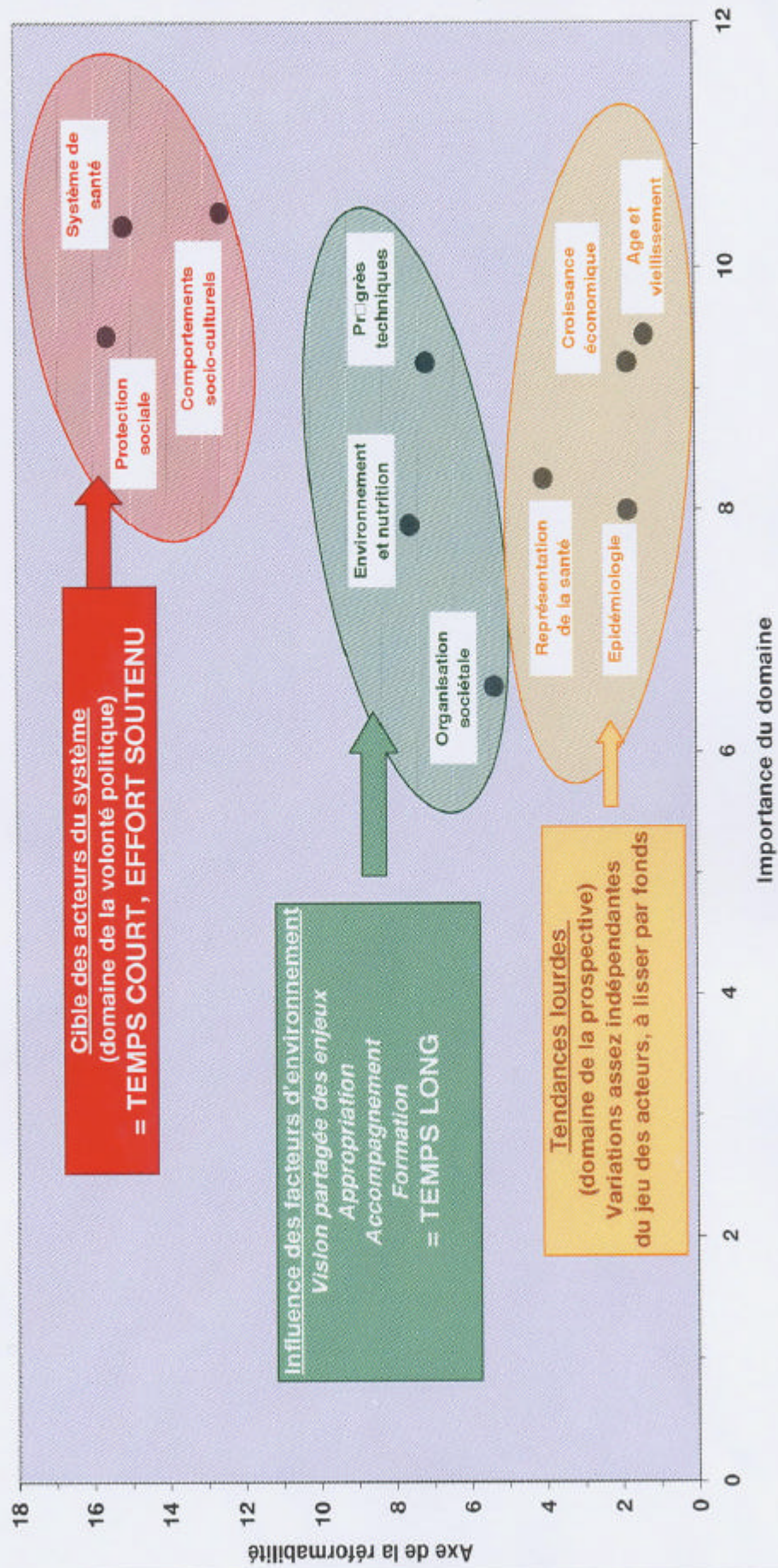
Une représentation graphique de la matrice de compatibilité précitée figure à la page suivante.

Pour cela les discriminants relatifs à l'incidence sur l'évolution des dépenses et la possible quantification de l'impact ont été regroupés sous le vocable d' « intensité d'effort ou de force pesant sur le résultat ».

Il figure en abscisse dans le graphique, la « ré formabilité » se présentant, quant à elle, en ordonnée.

On notera que trois agrégats se distinguent nettement :

- les déterminants à forte inertie car avant tout subis ; on se situe ici dans le domaine de la prospective, et la variation des effets ne peut être appréhendée qu'à long terme, ce qui justifierait la mise en place d'un fonds de réserve destiné à lisser les fluctuations observées ;
- les déterminants mettant en jeu des facteurs environnementaux et liés à des phénomènes humains sur lesquels l'action volontariste ne peut se concevoir qu'à moyen terme ;
- les déterminants sur lesquels une action à court terme peut être entreprise en influant sur les acteurs (professionnels de santé, institutions et patients) et en produisant ses effets dans la durée.



1° L'âge et le vieillissement.

Il est évident que **l'on ne « vote pas » l'âge ou le vieillissement d'une population**; ils ne peuvent constituer que des **données** influant sur les dépenses de santé.

Il ressort des études les plus récentes (BAC et CORNILLEAU 2002) qu'au cours de la dernière décennie, l'effet de la démographie sur la croissance des dépenses en volume s'élève à **1 point** ; l'augmentation de la population peut expliquer 0,46 point de ce pourcentage et le vieillissement 0,54.

On a constaté que la part relative des composantes de cet impact a tendance à évoluer, mais sans avoir d'effet sur le pourcentage global.

Les affections cardio-vasculaires augmentent de 71% après 65 ans, les affections osteo-articulaires de 60% et les troubles endocriniens et du métabolisme de 59% (CREDES, enquête SPS 2000).

Par ailleurs, les taux d'hospitalisation sont particulièrement importants aux âges extrêmes, avec, après 65 ans, un rôle important des maladies de l'appareil circulatoire (1 hospitalisation sur 5).

Au delà de ces considérations globales, il faut avoir à l'esprit que la santé des personnes âgées s'améliore, avec un accroissement de 2 ans, sur les 10 dernières années, de l'âge auquel l'espérance de vie est de 10 ans, alors que le système de soins développe des prises en charge de plus en plus « ciblées » vers les personnes âgées (maladie d'ALZHEIMER, interventions de chirurgie fonctionnelle).

Ainsi **l'ambivalence** de ce déterminant apparaît clairement, ce qui génère des **incertitudes quant à son incidence** sur les dépenses de santé.

Cette ambivalence ressort également de l'effet « génération » qui pèse sur les dépenses de santé par de nouvelles exigences, comme l'a montré L'HORTY qui remarque, par ailleurs, que l'augmentation de l'espérance de vie a pour effet de diminuer l'impact du vieillissement sur ces dépenses lorsque l'on sait que les assurés de plus de 80 ans consomment des soins moins coûteux que les assurés de 65 ans à 79 ans.

2° L'épidémiologie.

On perçoit bien la précision apportée à la quantification de l'impact de ce déterminant par les structures mises en place pour assurer le suivi des pandémies de certaines affections contagieuses, comme la grippe.

On peut aussi s'accorder à reconnaître la portée non négligeable de ces affections lors de leur éventuelle survenance ; mais ce déterminant ne peut, par hypothèse, se concevoir **qu'a posteriori**.

Dés lors, son opérationnalité pour l'élaboration d'un ONDAM médicalisé doit être nuancée.

Toutefois, il pourra être pris en compte dans les procédures de suivi de l'ONDAM médicalisé à l'occasion de l'analyse des dépenses de l'exercice n-1.

3° La croissance économique.

Différents modèles recensés par R MAHIEU (NEWHOUSE, PARKIN, KRAVIS) soulignent l'importance de l'effet « revenu », mesuré par la croissance du produit intérieur brut, sur l'évolution des dépenses de santé.

D'après une étude dans 7 pays industrialisés, dont la France, réalisée en 2002 par BAC et CORNILLEAU, les dépenses de santé ont augmenté depuis 1970 plus vite que le produit intérieur brut, mais avec une décélération de l'écart entre 1990 et 2000.

En outre, la DREES a montré une corrélation forte sur une longue période entre les évolutions des dépenses de santé et celles du produit intérieur brut ; de fait, **l'élasticité en volume** des unes par rapport à l'autre est souvent voisine de 1.

Ainsi une croissance économique de **2%** entraînera une évolution des dépenses de santé du même ordre.

Néanmoins, la valeur de cette élasticité est quelquefois remise en cause, ces dernières années par l'influence conjointe d'autres facteurs déterminants comme les représentations de la santé.

En effet, on n'a pas observé une diminution significative des dépenses de santé lors des rares années où l'évolution de la richesse nationale n'a pas été positive.

Cela tient, très certainement, au fait que la période de récession n'a pas été suffisamment longue pour peser sur les effets des représentations de la santé.

On remarquera, par ailleurs, que si la croissance économique influe de façon réelle sur les dépenses de santé et si sa quantification a fait l'objet de nombreuses études, sa « ré formabilité » en tant que déterminant est loin d'être établie.

On notera, enfin, que la croissance économique influe sur les dépenses de santé au travers des coûts de production, compte tenu, notamment, de la part importante des frais de personnel dans les budgets hospitaliers.

4° L'organisation sociétale.

Les modes de management, tout comme l'expérience de la sécurité dans l'exercice de l'activité professionnelle, ont une action sur la motivation des salariés, et pèsent, de ce fait même, sur l'absentéisme au travail, sous la forme de « maladies du stress » dans les entreprises de main d'œuvre.

Il en est de même, bien entendu, du taux d'accident du travail dans les branches d'activité.

Ainsi, lutter contre la précarité au travail par la mise en place d'une véritable « **sécurité sociale pour l'emploi** » (formation permanente diplômante, facilitation des reconversions, meilleure prise en charge du risque professionnel...), telle que préconisée par certains, ne pourrait qu'avoir des effets positifs sur l'évolution des dépenses de santé.

Plus largement, l'organisation de la société peut avoir des conséquences plus ou moins pathogènes.

On fera remarquer enfin, que dans le domaine qui nous concerne, certaines mesures, comme l'application de la loi sur les 35 heures dans les établissements hospitaliers, génèrent des frais de fonctionnement supplémentaires.

On voit bien l'extrême complexité de l'approche de ce déterminant quant à son influence sur les dépenses de santé.

5° L'environnement

Le rôle fondamental joué par l'environnement, pris dans son sens le plus large, sur l'évolution des dépenses de santé n'est plus à démontrer ; mais la quantification des études en la matière n'est pas chose aisée, de même que la conception d'une politique volontariste à court et moyen termes pour l'élaboration d'un ONDAM médicalisé.

En effet, les résultats ne sauraient être tangibles **qu'à long terme** et l'approche est rendue difficile par la nécessaire intervention de plusieurs départements ministériels toujours difficile à coordonner.

Nous nous en tiendrons à deux exemples particulièrement significatifs :

- il résulte d'une étude menée sur le plan européen dans le cadre d'un programme « Pollution de l'air et santé » qu'une **baisse marginale de la pollution urbaine** induite par les gaz d'échappement entraînerait une diminution de la morbidité et permettrait d'éviter 1560 décès prématurés dans neuf villes françaises (Paris, Marseille, Lyon, Le Havre, Lille, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Bordeaux).

Il faudra bien admettre, à terme, une limitation généralisée de la circulation en ville pour obtenir une réduction de cette pollution, sous réserve que l'on accepte l'investissement que constitue la construction de grands parkings en périphérie des villes.

- une récente campagne de publicité, menée par un important restaurateur nord-américain, incitait le public, et plus particulièrement les jeunes, à la prise de petits repas tout au long de la journée, au mépris du problème que constitue **l'obésité chez les jeunes**.

Ne pourrait-on alors imaginer que la réglementation qui régit déjà la publicité sur l'alcool et le tabac, tout comme celle faisant appel à l'exploitation du corps humain, s'exerce également sur la publicité touchant l'environnement et la nutrition ?

6° Les représentations de la santé

Nous sommes là dans un domaine très difficile à cerner, **qui sous tend la notion subjective de besoins de santé**.

Si les études sur la quantification de l'impact de ce déterminant sur les dépenses de santé n'en sont qu'à leur balbutiement, et si sa «ré formabilité» à court et moyen termes s'avère plus que problématique tant il est ancré dans l'esprit de nos concitoyens, il n'en demeure pas moins qu'il constitue **la mesure de l'intérêt que ceux ci portent à leur santé.**

Il est aussi impliqué dans la propension qu'ils ont à réagir à toutes les sollicitations auxquelles ils se trouvent soumis en la matière.

Il résulte d'une enquête menée par le CREDOC en 1997 que 16% des chômeurs se déclarent très satisfaits de leur état de santé contre 29% pour les personnes ayant un emploi.

Par ailleurs, 25% des personnes interrogées de plus de 50 ans vivant dans un foyer dont le revenu est supérieur à 2287 euros s'estiment très satisfaites de leur état de santé, contre seulement 7% des personnes de même tranche d'âge et vivant dans un foyer dont le revenu n'excède pas 610 euros.

Enfin, on a constaté dans cette enquête d'opinion que les facteurs sociaux et environnementaux sont de plus en plus perçus comme déterminants de l'état de santé de la population.

On verra, également, lorsqu'on examinera l'incidence de la croissance économique sur les dépenses, à quel point les représentations de la santé peuvent, par leur puissante dynamique, aller à l'encontre des effets inflationnistes ou déflationnistes de cette croissance.

7° Le progrès technique.

On connaît **l'ambivalence du progrès technique** qui a sur l'évolution des dépenses de santé une incidence à la fois déflationniste, par les gains de productivité qu'il induit, et inflationniste par la prise en charge rendue possible de nouvelles affections.

Il ressort de calculs émanant de la DREES qu'une « **tendance temporelle autonome** » des dépenses de santé, dans laquelle le progrès technique (médicaments, imagerie médicale, dispositifs médicaux...) occupe une grande part, représente environ **1,5 points** d'évolution de ces dépenses en volume, quelle que soit la difficulté, soulignée par L'HORTY, d'analyser avec précision la résultante des deux incidences opposées.

Ceci dit, il apparaît que le progrès technique comporte une « **ré formabilité** » **limitée**, rendant aléatoire à court terme tout infléchissement significatif de l'ONDAM médicalisé.

Toutefois, on remarquera que l'apparition d'une thérapeutique est souvent susceptible **d'identifier** une affection qui n'était pas prise en charge de manière satisfaisante auparavant, faute de thérapies ; ce phénomène se manifeste surtout au moment de l'innovation, pour ce qui est du médicament par exemple.

De plus, il importe de souligner que les surcoûts importants générés par l'évolution des techniques et des traitements ne sont que très rarement intégrés au débat politique sur les arbitrages en matière de dépenses collectives.

En l'absence de choix au niveau de la collectivité, c'est sur les professionnels de terrain que se déplace le problème du nombre de patients qu'ils peuvent prendre en charge à tel ou tel endroit, en fonction des moyens dont ils disposent.

On est bien loin de l'équité en la matière.

Par ailleurs, on fera en sorte d'éviter au maximum **la superposition** de nouvelles techniques diagnostiques ou thérapeutiques, à d'anciennes techniques, sans doute moins efficaces et souvent plus onéreuses.

Il s'agira donc de faciliter **la substitution** des nouvelles techniques aux anciennes par la définition et le respect de critères précis et vérifiables de recours à chacune d'entre elles, en remarquant que cette substitution se trouve souvent confrontée à des freins socioculturels quelquefois générés par des tiraillements corporatistes.

On peut prendre pour exemple les techniques de la radiologie qui voit aujourd'hui coexister la radiographie traditionnelle, le scanner, l'IRM, et tout récemment, le PET (Positron Emission Tomography).

On notera également, en ce qui concerne la prise en charge des ulcères gastriques, la cohabitation souvent irrationnelle d'un traitement médical par les anti-acides, d'un autre traitement par anti-H2 et des prescriptions des molécules les plus récentes (IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons).

La situation n'est pas fondamentalement différente pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

De plus, la faible « ré formabilité » de ce déterminant ne saurait justifier l'absence d'une décision **multicritère** (médicale, technique, financière, organisationnelle et réglementaire) quant à l'introduction d'une innovation, et, plus particulièrement, quant à l'évaluation de l'amélioration de son service médical rendu (ASMR).

La proposition de cette décision multicritère doit appartenir à des **tiers évaluateurs**, fonctionnant le plus possible **en réseau au niveau international**, et indépendants des industriels, des payeurs et du pouvoir réglementaire ; l'ANAES et l'AFSSAPS comptent parmi ces tiers évaluateurs.

Chaque tiers évaluateur devrait intervenir **en cohérence** avec les autres, car les systèmes d'approche différents pour les dispositifs médicaux et pour les médicaments ne favorisent pas les évaluations croisées.

En outre, des études sont indispensables pour évaluer (ou réévaluer) le réel progrès, en termes d'ASMR, de l'innovation apportée par un médicament ou un dispositif médical, après sa mise sur le marché, afin de juger de l'opportunité d'une prise en charge par la collectivité.

Enfin, l'introduction rationnelle d'une innovation suppose, comme on le verra dans la troisième partie, une bonne information quant à son processus d'évaluation, une bonne connaissance des besoins en santé publique, la réalisation efficace d'une veille technologique et l'organisation de liens avec la recherche clinique.

8° Les comportements socioculturels.

Nous entrons, ici, dans le domaine de l'un des trois déterminants fondamentaux de la santé publique dont la « ré formabilité » apparaît possible pour l'élaboration d'un ONDAM médicalisé, surtout dans une perspective de pluriannualité.

Les comportements socioculturels pèsent fortement sur l'évolution des dépenses de santé, mais il n'est pas aisé de procéder à une approche quantifiée de l'incidence de tel ou tel facteur de risques.

Les actions collectives et individuelles qui les concernent, relèvent principalement de la **prévention primaire**.

Leurs résultats qui comportent d'incontestables marges de manœuvre, se sont considérablement améliorés, ces dernières années, parallèlement au développement des procédures d'évaluation.

A titre d'exemples significatifs, un cinquième environ de l'activité du système de soins concerne des patients présentant une alcoolisation excessive, le tabagisme sévit de plus en plus chez les adolescents et 14% des enfants de 6 ans présentent une surcharge pondérale selon une enquête récente de santé scolaire.

De plus, les accidents de la circulation, les accidents domestiques et le suicide des jeunes constituent de par leur évolution des problèmes incontournables de santé publique.

La tâche est immense dans ce domaine qui voit **la conjonction de facteurs individuels, familiaux et sociaux** ; l'action préventive y constitue un investissement indispensable, même si le résultat final sur l'inflexion des dépenses est souvent difficile à quantifier.

9° Le système de santé.

Il s'agit là du déterminant fondamental des dépenses de santé sur lequel les actions correctrices proposées seront les plus nombreuses.

Et ceci en raison de :

- sa forte incidence sur les dépenses de santé en amont comme en aval du processus de soins ;
- la possibilité de mesurer cette incidence sous forme analytique à l'aune de l'évaluation de la qualité des soins ;
- la volonté de l'ensemble des acteurs d'accepter une réforme allant dans le sens de l'amélioration du service médical rendu.

C'est pourquoi la « ré formabilité » de ce déterminant apparaît à l'évidence, ce qui explique qu'il soit concerné par l'essentiel des leviers de l'action volontariste pour l'élaboration de l'ONDAM médicalisé.

10° Le système de protection sociale.

Ce dernier déterminant, très lié au précédent, se présente également comme « réformable ».

En effet, les modalités de prise en charge, les caractéristiques de la couverture sociale, tout comme d'ailleurs la fixation des tarifs et le mode d'attribution des ressources, déterminent largement le comportement des producteurs comme des bénéficiaires de soins

On remarquera toutefois la difficulté d'évaluer toujours avec précision son incidence sur l'évolution des dépenses de santé ; ainsi, par exemple, le lien entre taux de couverture et consommation a fait l'objet d'études aux résultats contradictoires.

De même, on a pu montrer que les dépenses des bénéficiaires de la CMU pour les soins de ville sont inférieures de 20% à celles engagées par les autres assurés complémentaires, alors qu'elles sont nettement supérieures pour l'hospitalisation.

Ce déterminant reste pourtant un élément essentiel de régulation médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.

On observera, enfin, que ses défaillances peuvent induire un **renoncement** à certains types de soins.

Au terme de cette analyse, on remarquera **la forte interférence entre la plupart de ces déterminants.**

Si de nombreuses études existent sur l'association des facteurs de risque en santé publique, celles portant sur l'interaction entre les différents déterminants fondamentaux des dépenses de santé sont rares.

Il conviendrait de remédier, autant qu'il est possible, à cet état de fait.

En attendant, on se gardera, dans ce rapport, d'ajouter ou de combiner ces différents facteurs ; l'entreprise serait bien trop périlleuse.

Il paraît cependant possible d'affirmer que **les déterminants fondamentaux « objectifs »**, c'est à dire ceux qui n'ont qu'une aptitude très limitée à la « réformabilité » à court et moyen termes, **peuvent, à eux seuls, expliquer 3 à 3.5 points en volume de l'évolution des dépenses de santé.**

On a vu en effet que l'élasticité des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut avoisinait 1 (l'accroissement de la richesse nationale devrait s'établir à 1,3% pour 2003), que l'âge et le vieillissement avaient un effet proche de 1 point sur la croissance de ces dépenses et que l'incidence du progrès technique pouvait être supérieure à 1 point.

Restent donc, sur les quelques 7.5 points d'évolution aujourd'hui constatés en valeur (ce qui ne saurait préjuger de l'incidence potentielle d'une médecine qui serait parfaitement distribuée à tous), 4 à 4.5 points sur lesquels une action volontariste peut avoir une certaine portée.

L'action concernera donc essentiellement les déterminants susceptibles d'une évolution à court terme, c'est à dire les comportements socioculturels, le système de santé et le système de protection sociale.

Cette action se traduira par les « **leviers** » contenus dans la troisième partie du rapport.

On notera, auparavant, qu'à l'évidence, **la fixation, depuis 1997, d'un taux de progression de l'ONDAM inférieur à 3% ne pouvait qu'être dépourvue de toute crédibilité.**

Il est patent que la définition, pour 2003, d'un taux de progression de l'ONDAM à 5.3% dénote un souci incontestable de réalisme.

Enfin, au-delà de son intérêt pédagogique, l'analyse des différents déterminants précités fournira une grille d'appréciation à ceux qui ont la charge d'examiner ex post les dépenses de santé d'une année donnée pour déterminer :

- dans l'évolution des dépenses qui relèvent d'une prise en charge collective, la part imputable aux facteurs objectifs et celle qui concerne l'engagement contractuel des acteurs ;
- la responsabilité essentielle de ces acteurs dans les domaines qui ont fait l'objet d'un objectif « opposable » par contrat.

Nous sommes donc en mesure, à ce stade du rapport, de fournir une explication quant à l'évolution des dépenses générées par les états pathologiques et les actions préventives éligibles à une prise en charge collective et obligatoire « brute », c'est à dire avant les actions correctrices.

3^{ème} PARTIE

MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS CORRECTRICES, A TRAVERS DES LEVIERS D’ACTION SUSCEPTIBLES D’INFLUER SUR L’ONDAM MEDICALISE

Avec la prise en compte de l'incidence des actions correctrices, ainsi, d'ailleurs, que des actions d'accompagnement, sur l'évolution des dépenses de santé, c'est donc bien **le champ d'application de la prise en charge obligatoire et collective « nette »** dont nous allons dessiner les contours (il va de soi que les éléments de régulation qui résulteront de ces actions concernent l'intégralité des dépenses de santé).

Pour cela, nous passerons de la situation actuelle qui définit **implicitement** le champ de la prise en charge collective par les conditions de remboursement des assurés, à une **logique « explicite »** fondée, en particulier, sur l'évaluation des soins.

On précisera qu'il n'est pas, bien entendu, dans la mission du groupe de proposer le montant de l'ONDAM pour 2004 et pour les années suivantes ; il s'agit néanmoins de mettre au point une méthode d'approche **qui permettra la quantification de l'objectif**, à partir d'éléments d'ordre sanitaire, même si, par la suite, des considérations économiques et politiques peuvent entrer en ligne de compte.

Ainsi, le groupe se donne pour mission de poursuivre, avec les actions correctrices, **l'ancrage de l'ONDAM dans le domaine sanitaire**, sans méconnaître pour autant la nécessaire **approche quantifiée** de l'ONDAM, même médicalisé.

A cet effet, il sera tout d'abord suggéré que l'impact prévisionnel et quantifié de l'ensemble des actions correctrices pour un exercice considéré fasse l'objet d'**une agrégation au niveau d'une seule et unique structure indépendante des acteurs**.

Cette concentration facilitera, pour l'élaboration de l'ONDAM de l'année n, la présentation d'une éventuelle inflexion de l'évolution des dépenses de santé appréhendées, dans un premier temps, au « fil de l'eau ».

En outre, le **financement chaque année par le Ministère d'une dizaine d'études** permettant de progresser dans l'approche des résultats des actions entreprises, comme d'ailleurs de l'impact des facteurs « objectifs » déterminant l'évolution des dépenses, constituerait, sans aucun doute, un fructueux investissement.

Ces études seraient confiées aux Instances de recherche oeuvrant dans le domaine de la santé.

Dans ces conditions, on sera en mesure d'optimiser l'analyse des résultats des actions entreprises.

Dès lors, on pourra ne plus se limiter à l'addition pure et simple, année après année, des incidences croisées des divers déterminants « objectifs » sur l'évolution des dépenses de santé, et il sera possible aux décideurs d'apprécier l'impact de ces déterminants sur des dépenses **préalablement « rebasées »**, c'est-à-dire infléchies du résultat des actions correctrices.

L'ONDAM pour une année donnée pourrait alors être obtenu en appliquant aux dépenses prévisionnelles de l'exercice n-1 l'incidence prévisible des déterminants « objectifs », après avoir soustrait l'impact quantifié des actions relatives à la rationalisation des systèmes de santé et de protection sociale et aux comportements socioculturels.

Les propositions du groupe de travail consistent à tendre à ce que, à terme, seuls les déterminants fondamentaux « objectifs » de la santé publique (économie, démographie, représentations de la santé, progrès technique, environnement...) aient une incidence significative sur l'évolution positive des dépenses incluses dans l'ONDAM médicalisé.

Ceci signifie que les « **pertes en ligne** », émanant de la construction de ces dépenses, (offre et demande de soins et de santé) doivent être progressivement réduites.

On notera dès à présent qu'il s'agit avant tout, avec la mise en œuvre des actions correctrices, **de rationaliser les dépenses de santé sur le plan médical**, en insistant sur la qualité des soins et de la prise en charge.

Ainsi, le constat fort probable dans les faits d'une **diminution de l'évolution des dépenses** sera analysé comme une **résultante** particulièrement bienvenue, dans la mesure où l'enjeu économique dégagé pourra être consacré à d'autres missions collectives

De plus, les actions que le groupe de travail va proposer comprennent aussi la rationalisation des prises en charge les plus coûteuses.

En effet, contrairement à ce que l'on entend souvent affirmer, la concentration des dépenses (5% des assurés consomment 60% des dépenses remboursées, cf. étude en *annexe 3*) ne signifie pas l'absence de marge de manœuvre pour une action volontariste, mais bien au contraire **un ciblage facilité des actions potentielles** d'optimisation des dépenses dans un domaine où la pathologie est bien évidemment, le plus souvent, avérée.

Enfin, les actions préconisées auront pour effet de contribuer, avec l'ensemble des acteurs de santé, à « renverser la charge de la preuve » ; de fait, ce ne sera plus au gestionnaire de l'assurance maladie de faire la démonstration, de façon systématique, et a priori, de ses aptitudes à la sauvegarde du système, mais bien aux prestataires de soins à justifier de la pertinence de leur activité et de leurs prescriptions, à travers le « contrat » qu'ils auront souscrit.

Ceci dit, **trois leviers d'action** décisifs peuvent être mis en évidence :

- **le levier de l'organisation des soins**
- **le levier de la responsabilisation des acteurs**
- **le levier de l'évaluation des pratiques et des prestations.**

Pour chacun de ces leviers, on distinguera **les actions correctrices** qu'il est possible de quantifier, dans la mesure où sont mis en place des protocoles d'évaluation des effets induits, et **les actions d'accompagnement**, plus difficilement quantifiables, quoique déterminantes.

Pour chacune de ces actions, correctrice ou d'accompagnement, **trois discriminants** seront utilisés dans l'optique d'une **nécessaire hiérarchisation** :

- **l'importance relative de l'action pour l'élaboration de l'ONDAM,**
- **sa plus ou moins grande faisabilité,**
- **sa capacité d'entraînement, en tant que catalyseur .**

En outre, pour les seules actions correctrices quantifiables, **un quatrième discriminant** entrera en ligne de compte : **la mesure et la rapidité d'obtention des résultats.**

Enfin, nous verrons que pour la plupart des actions qui doivent faire perdre à la détermination de l'ONDAM son « caractère mystérieux » (dixit le Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport 2002), les textes, les structures, parfois les moyens, existent, mais que l'impulsion a fait jusqu'ici quelque peu défaut en la matière.

1/ Le levier relatif à l'organisation des soins

On observera que, de façon quelque peu paradoxale, une meilleure organisation des soins suppose pour les acteurs de santé plus de transparence, et surtout **plus de liberté** :

- une liberté mieux organisée (et plus rationnelle) pour le patient d'accéder aux soins par **la multiplication des modes d'accès** (hospitalisation complète, à domicile ou à temps partiel; médecine libérale traditionnelle ; réseaux de soins en ville ou réseaux de soins ville-hôpital ; intégration dans des filières organisées...)

Les différents modes d'accès, aujourd'hui plus diversifiés que la traditionnelle bipolarisation ville-hôpital, **cohabiteraient**, de fait, dans un processus vertueux, parce que mieux adapté à l'évolution de l'état pathologique du malade.

- une plus grande liberté des professionnels de santé, mieux éclairés sur les choix possibles quant à l'exercice de leur art et l'orientation de leurs patients.

Ce levier concernera des actions principalement situées **en amont** du processus de soins ; c'est dire leur importance, dans la mesure où dans ce domaine, comme dans d'autres, **mieux vaut « faire bien du premier coup ».**

A/ Les actions correctrices.

a) L'extension du SROS

Tout d'abord, **le SROS** (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) gagnerait à être étendu **au domaine médico-social, ainsi qu'à terme à l'ensemble des soins de ville.**

Ainsi, pourrait être gérée de façon plus globale, et donc plus souple, la contrainte née de la démographie médicale, avec les effets positifs que l'on peut en attendre sur la qualité des soins et sur le niveau des dépenses, à moyen terme, mais aussi à court terme, au travers de mesures ciblées réellement incitatives.

Ainsi, plus globalement, la rationalisation de l'ensemble de l'organisation des soins sur l'ensemble du territoire pourrait se trouver facilitée.

Par ailleurs, il serait pertinent de prendre en compte **les « priorités périphériques » émanant du « politique » (emploi, aménagement du territoire) au moment de l'élaboration des priorités du SROS**, qui comblerait ainsi son « déficit démocratique », et qui aurait moins de chance de se heurter au dit politique lors de son exécution.

Enfin, **les avis précis d'une communauté scientifique plurielle** devraient être systématiquement pris en considération, au-delà de la seule exigence sécuritaire.

Ces contradictions peuvent intervenir lorsqu'il s'agit de procéder à la répartition des équipements lourds, des quotas nécessaires et suffisants de tel ou tel type d'actes, ou lorsqu'il faut mettre en œuvre des services d'urgence par exemple.

Dans ces domaines, la situation de certaines régions apparaît malheureusement caricaturale.

C'est à ce prix que le SROS et ses concepteurs pourront accroître leur crédibilité.

De plus, la rationalisation des dépenses émanant de l'application de ces quelques principes en matière d'élaboration du SROS pourrait aisément être quantifiée ; on sait, en effet, à quel point une autorisation mal maîtrisée en amont peut avoir de conséquences non désirées en matière de dépenses induites en aval.

On insistera sur l'importance de cette action correctrice, sa faisabilité bien réelle ainsi que son incontestable capacité d'entraînement.

b) Une meilleure coordination des soins.

On observera, tout d'abord, que la **spécialisation toujours accrue** de l'exercice médical, ainsi que la volonté de plus en plus affichée d'appréhender le patient **dans sa globalité**, nécessitent que soit mise en œuvre une coordination des soins efficace.

Pour cela, on encouragera l'évolution de la carte Vitale vers une deuxième génération intégrant, avec toutes les précautions d'usage, un dossier des soins au sens large dispensés aux patients.

Au-delà, l'idée du dossier médical partagé dans le cadre de serveurs de données constitue un instrument d'avenir indispensable à l'encouragement d'un mode d'exercice coordonné de l'activité médicale intervenant, le plus souvent aujourd'hui, sur le mode informel.

Par ailleurs, les **accords de « bon usage des soins »** et les **contrats de pratiques professionnelles** que l'on évoquera plus loin, pourraient être l'occasion de promouvoir la coordination des soins.

Toujours dans le cadre de la coordination des soins, il s'agira aussi de **promouvoir la rationalisation de certaines filières** dans lesquelles le transfert du patient d'une structure à une autre, quelles qu'elles soient, constituerait **un moment fort du processus de soins**.

La non qualité induite par d'approximatives orientations pourrait ainsi être évitée.

Il ne s'agit pas ici d'évoquer des filières de soins pouvant donner lieu à des structures spécifiques ou à des processus écrits de soins, mais bien plutôt de rationaliser le passage du patient du court séjour aux services de soins de suite et de réadaptation, ou du domaine sanitaire au domaine médico-social.

En effet, l'expérience nous prouve que les transferts de patients s'effectuent bien souvent, de nos jours, **de façon tout à fait irrationnelle**, dans l'improvisation la plus totale.

Ainsi, les conditions d'orientation du patient vers le premier établissement qui répond favorablement à la demande de prise en charge, sans que l'on ait pu s'être assuré, de part et d'autre, du bien fondé de cette orientation, ne peuvent donner satisfaction, notamment par rapport à l'environnement familial.

Il importe donc de faire en sorte qu'au travers d'une **fiche de transfert**, émanation du dossier du malade, préparée dès l'entrée du patient en court séjour, de préférence informatisée, l'accès aux établissements de soins de suite et de réadaptation soit mieux guidé.

Il y va de **l'adéquation des patients** aux structures sanitaires ou médico-sociales et donc de la rationalisation de la prise en charge et des dépenses.

La coordination des soins, c'est également la promotion d'**une fongibilité accrue des enveloppes financières**, avec, lorsque cela est possible, des transferts de postes, permettant à des services de suite et de réadaptation d'accueillir des patients de plus en plus lourds, émanant du court séjour, afin de permettre à celui-ci une diminution de sa durée moyenne de séjour ; il ne s'agit pas là d'« un jeu à somme nulle », mais bien **d'un processus « gagnant-gagnant »**.

On mesure l'intérêt d'une optimisation de la prise en charge des patients, au travers des structures de soins, mais on perçoit aussi combien la faisabilité est délicate à court terme, et combien la quantification des résultats s'avère problématique, ce qui n'exclut pas que des études puissent être diligentées au niveau de certaines ARH.

La coordination des soins, c'est enfin, bien évidemment, **le développement des réseaux de santé formalisés**, en mettant sur pied des processus d'évaluation de leurs résultats.

La formulation est générale et d'autant plus acceptable dans un contexte où « l'arsenal » juridique vient d'être totalement refondu dans l'optique d'une **simplification** et de **l'octroi de moyens spécifiques** (cf. la loi n° 2002-322 du 04 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de soins, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2001 et pour 2002, les décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 sur les réseaux de santé, avec leur circulaire d'application MIN/DHOS/DSS/CNAMTS n° 610 du 19 décembre 2002).

Certes, on peut souhaiter que seuls les réseaux innovants expérimentaux relèvent de la dotation nationale spécifique, alors que la grande majorité d'entre eux, à vocation thématique, **devraient ressortir du « droit commun »** pour ce qui est d'un financement direct sur le risque.

Cette distinction serait de nature à assurer la pérennité du financement de ces réseaux thématiques, aujourd'hui confrontés à l'insuffisance d'une dotation spécifique dont l'existence renforce les cloisonnements induits par la multiplicité des enveloppes financières.

On remarquera par contre que le financement de certains réseaux expérimentaux entre bien dans la vocation du Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Cependant, ces considérations ne peuvent remettre fondamentalement en cause l'ensemble d'un dispositif juridique maintenant bien établi.

Pourtant des textes étaient venus également mettre en œuvre les réseaux de soins prévus par l'Ordonnance n°345 du 24 avril 1996 ; la CNAMTS avait même établi un cahier des charges très précis, mais seules **19 initiatives ont été agréées entre 1997 et 2001**, dans le cadre de l'instruction des projets confiée à la Commission « SOUBIE ».

On a pu souhaiter plus d'audace et moins de frilosité en la matière, mais il est vrai que la mission assignée à la Commission « SOUBIE » n'était pas forcément de créer les conditions d'une extension des réseaux de soins sur l'ensemble du territoire, et qu'il lui appartenait davantage de **faire émerger** des informations sur ces réseaux, au travers d'expérimentations limitées en nombre.

Cependant, force est de constater que le bilan des dites expérimentations est **plus que nuancé**, que les réseaux de santé ne sauraient constituer, à ce jour, une véritable alternative pour dispenser des soins.

Les textes, aussi pertinents soient-ils, ne suffisent donc pas, et **il faut mettre l'accent sur les notions de savoir-faire et de savoir être** indispensables au plein succès d'un réseau de santé.

L'exemple du réseau « **Groupama Partenaires Santé** » est édifiant à maints égards.

Son évaluation, aujourd'hui en cours après 18 mois de fonctionnement, nous apporte **de précieux enseignements**, malgré la relative faiblesse de l'échantillon (106 médecins généralistes ont adhéré au réseau, ainsi que 3650 assurés)

En premier lieu, **le succès de ce réseau peut se mesurer à l'aune de ses résultats** ; ceux ci sont incontestables : la qualité des soins a pu être améliorée, et les dépenses générées par les assurés du groupe expérimental, ou engendrées par les médecins adhérents au réseau, ont présenté un écart de **19.5 points de 1999 à 2000** (-4.7% pour les assurés adhérents et + 14.8% pour les assurés du groupe témoin).

Ceci montre **qu'il est envisageable, en soins ambulatoires, de faire de la qualité à un moindre coût**, et également que **la quantification de l'incidence d'une nouvelle organisation des soins sur l'évolution des dépenses s'avère parfaitement possible**.

Par ailleurs, le fait que les médecins expérimentateurs, tout comme les assurés concernés, souhaitent, à une large majorité, poursuivre l'expérience est tout à fait révélateur de la dimension positive de ce réseau.

Un tel succès qui n'a pas été constaté avec une telle évidence dans d'autres réseaux expérimentaux semble tenir au fait que les concepteurs de ce réseau ont délibérément investi le domaine du savoir faire et du savoir être pour avoir une action durable sur les comportements des acteurs.

Ne rien imposer de l'extérieur, faciliter l'instauration de nouvelles relations entre les acteurs, placer les forces vives institutionnelles au service de la démarche, et suggérer l'élaboration de référentiels, adaptés au terrain et validés, a posteriori par les Agences Nationales, constituent **quelques recommandations utiles**, si l'on souhaite faire en sorte que les réseaux de santé deviennent rapidement une alternative crédible dans le domaine de l'organisation des soins.

Il s'agira donc pour les décideurs de **faire reconnaître l'innovation et les informations nouvelles** dans le domaine des relations entre offreurs et demandeurs de soins.

Il s'agira aussi de **faire émerger cette innovation et ces informations nouvelles**, de **les institutionnaliser**, puis **d'aider à leur essaimage**.

Cette approche nous semble être une condition de la pleine réussite de l'extension dans l'ensemble du pays de réseaux de santé performants ; on admettra que la situation en la matière, telle qu'elle s'est développée depuis 1996, ne peut donner satisfaction.

On voit bien l'impact considérable que pourrait avoir le développement des réseaux de santé sur l'élaboration de l'ONDAM médicalisé, puisque aussi bien c'est en poursuivant un objectif principal de coordination des soins et d'information des malades, et donc de qualité des soins, que nous pouvons parvenir, comme nous l'a montré l'expérience « Groupama Partenaires Santé », à une rationalisation non négligeable des dépenses de santé.

De fait, rien ne semble interdire que, chaque année, chacune des régions puisse **se fixer des objectifs réalistes** en matière d'extension des différents types de réseaux, selon l'approche préconisée dans ce rapport, chaque réseau étant, quant à lui, **fortement incité**, dans ses procédures d'évaluation, et à côté des impératifs prioritaires d'amélioration de la qualité des soins, **à faire figurer des indicateurs relatifs à l'optimisation des dépenses**.

Ainsi, par agrégation, pourrait-on rapprocher, pour élaborer l'ONDAM au niveau national, le coût de fonctionnement des réseaux et leur participation à la rationalisation des dépenses.

Il est donc évident, à la lumière des discriminants utilisés pour la hiérarchisation des actions correctrices, que le développement des réseaux de santé doit constituer **une priorité majeure dans le cadre générique de la coordination des soins**.

c) Une concertation et une contractualisation accrues entre structures de soins

L'ensemble des textes nécessaires existe dans le code de la santé publique au niveau de ce domaine d'investigation ; il convient néanmoins de **développer la culture du contrat** au sein des structures de soins.

On pense, bien entendu, en priorité, à l'utilisation concertée de certains équipements lourds, mais il est aussi possible de préconiser **certaines formes de concertation «ville-hôpital»** où un réseau de santé pourrait jouer, auprès des services de court séjour, le rôle de dégagement dévolu traditionnellement aux services de suite et de réadaptation.

Ainsi se trouverait accru, pour les services de court séjour, le champ des possibles en la matière.

Par ailleurs, les services de suite et de réadaptation pourraient mettre l'accent sur leur capacité à prendre en charge plus précocement des malades plus « lourds » dans un contexte plus médicalisé, dans la mesure où seraient développés les services externes, les hospitalisations à temps partiel ou les hospitalisations à domicile, et dans la mesure aussi où un réseau de santé autoriserait le maintien à domicile.

Nous sommes ici en présence de l'une des facettes de la souplesse de gestion préconisée par le plan « Hôpital 2007 », dont le suivi devra être assuré avec beaucoup d'attention.

Le rôle des ARH apparaît à l'évidence dans ce domaine d'investigation, ainsi d'ailleurs que leur nécessaire coopération avec les URCAM.

La difficulté d'obtenir des résultats probants, à court terme, dans ce domaine, ne saurait exclure la conduite d'études ayant un effet d'exemplarité.

B/ Les actions d'accompagnement

Rappelons que les actions d'accompagnement ne peuvent prétendre à l'obtention de résultats concrets à court terme, en matière de rationalisation des dépenses de santé, dans le cadre de la mission confiée au groupe de travail ; néanmoins leur caractère incontournable mérite qu'on leur accorde quelques réflexions.

a) l'optimisation du système d'information par le développement du codage des actes et l'unification des statistiques public/privé.

On ne peut que suivre de très près, et même encourager les avancées du système d'information dans le domaine de la santé, que ce soit en ville ou dans les établissements hospitaliers.

Il importe, en effet, **de réduire l'opacité du système** pour optimiser sa connaissance, ainsi que les conditions d'allocation des ressources.

Les études en la matière constituent un élément de la confiance.

b) l'action sur la démographie médicale

On connaît l'impact de la démographie médicale sur la construction des dépenses de santé.

La réglementation, ainsi que le processus conventionnel, ont encouragé, sous la forme de primes à l'installation, mais aussi par tout moyen de « **discrimination positive** », l'implantation de praticiens dans les zones « déshéritées ».

Il convient également de se préoccuper des zones pléthoriques en matière de démographie médicale ; les procédures relatives au départ anticipé doivent être utilisées de façon sélective.

Cependant, les actions de rationalisation de la démographie médicale ne sont pas choses facile, car **on ne dispose pas de ratio optimum certain** ; seuls les dysfonctionnements flagrants comme l'impossibilité pour un praticien de se faire remplacer, ou les difficultés de recrutement dans un établissement témoignent d'un incontestable besoin.

Quoi qu'il en soit, l'incidence péjorative des lacunes de la démographie médicale exige des initiatives fortes, même s'il ne sera pas possible d'obtenir des résultats immédiats.

c) la revalorisation de la santé publique et de l'économie de la santé à l'Université.

Il n'est pas exagéré d'affirmer que les disciplines de santé publique et d'économie de la santé ont trop longtemps constitué **les parents pauvres** de notre Université.

Il faut leur donner l'importance qui leur est due à une époque où la prévention occupe une place accrue et où il importe que les connaissances de l'ensemble des professionnels de la santé soient développées en la matière ; à une époque aussi où la place occupée par la santé au sein des missions collectives s'avère de plus en plus prégnante.

d) la réorganisation de la FMC

Sans entrer dans des considérations techniques, on remarquera qu'en égard à l'accélération du progrès médical, les professionnels sont confrontés à des données et des connaissances inexistantes lors de leurs études initiales, et qu'ils seront donc dans l'obligation d'acquérir par la suite tout au long de leur activité professionnelle.

C'est dire l'importance de la formation continue qui est devenue, de fait, **une nécessité**, ceci d'autant plus que parfois l'isolement des praticiens et la pression des patients poussent dans ce sens.

Elle doit devenir **plus attractive** par une diversification des modes d'enseignement.

La mesure de sa pertinence peut être réalisée en aval du processus de soins, lors de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Une place importante doit être réservée à l'économie de la santé et à la connaissance des partenaires institutionnels à partir des procédures conventionnelles ; les recommandations pour la pratique clinique (RPC) doivent figurer dans les programmes, ainsi que l'évaluation des pratiques.

En résumé, une action résolue en matière de formation continue conditionne la qualité des soins et l'optimisation des dépenses, même si sa faisabilité pose problème eu égard aux relatifs échecs du passé, et même si les résultats, difficilement quantifiables, sont à attendre à moyen terme.

2/ Le levier relatif à la responsabilisation des acteurs

Ce levier concernera des actions principalement situées **au moment** du processus de soins ou dans le domaine du préventif.

Il importe de responsabiliser les acteurs du système de santé, qu'ils soient offreurs ou demandeurs, lorsqu'ils s'engagent dans le processus de construction des dépenses, en s'efforçant de peser de façon efficace et durable sur leurs comportements.

Ici aussi les textes et les initiatives ont été prises ces dernières années ; il convient seulement de leur donner vie.

En effet, trop longtemps la responsabilisation des acteurs relevait **de la politique « du tout ou rien »** :

- soit l'établissement était laissé livré à lui même, soit, en cas de carence grave, on décidait de sa fermeture ;
- soit le professionnel de santé était à peu près libre de tous ses actes, même les plus irrationnels, soit, à titre exceptionnel, on procédait à son déconventionnement ;
- soit on laissait libre cours au nomadisme médical ou à des comportements irrationnels de l'assuré, soit on refusait une prestation pour défaut d'une inutile « entente préalable » ou on négligeait une demande de soins préventifs.

Désormais, les pouvoirs confiés aux Directeurs des ARH par l'Ordonnance 346-96 du 24 avril 1996 leur permettent, après l'instauration d'une procédure de concertation, d'intervenir afin de restructurer, en la rationalisant et en la modulant, l'offre de soins hospitaliers.

En outre, les dispositions de la loi n° 2002-322 du 06 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes de l'assurance maladie, tout comme les dispositions conditionnant un haut niveau de protection à quelques obligations d'ordre préventif, vont dans le sens d'une « **discrimination positive** » en faveur des professionnels qui passent contrat en matière de rationalisation de leur activité, ou des assurés qui optent pour un processus de prévention, en matière bucco- dentaire notamment.

Il convient d'aller plus avant dans cette voie de l'incitation positive concertée.

A/ Les actions correctrices.

- a) **Le développement des programmes de prévention primaire et secondaire** dont certains peuvent s'appuyer sur les progrès de la **médecine prédictive**

Notre but n'est pas, évidemment, dans le cadre de ce rapport, de faire des propositions quant aux priorités et objectifs de santé publique qui ressortent de la prochaine loi de programmation en cours de préparation ; tout au plus, nous nous permettrons d'insister sur **l'importance de faire le lien entre les progrès de la médecine prédictive et le ciblage des actions de prévention primaire ou secondaire.**

On remarquera qu'un rapport récent de l'INSERM réalisé sous l'égide de la CANAM met l'accent sur la multiplicité des intervenants dans le domaine de la prévention, tant au niveau du financement que de l'action, sur l'opacité des comptes et sur la sous évaluation des crédits qui y sont consacrés dans notre pays.

Il illustre la nécessité de rationaliser ce secteur, en appliquant, ici aussi, le principe de « discrimination positive » **en le reliant à de nombreux domaines de l'activité médicale.**

La faisabilité et l'importance d'une action volontariste en la matière apparaissent à l'évidence, ainsi que la possibilité de quantifier ses résultats.

- b) **L'encouragement des aides à la prescription ou au diagnostic** et l'impact sur l'identification des **affections iatrogènes.**

Nous sommes ici dans le premier des domaines particulièrement choquant de l'exercice médical ; les dysfonctionnements du système y apparaissent au grand jour, avec leurs incidences néfastes, tant au niveau de la qualité des soins que du montant des dépenses engagées.

En effet, on y perçoit bien **la non productivité de la dépense**, c'est le moins que l'on puisse dire.

Les **entretiens confraternels** entre les gros prescripteurs, a priori les premiers concernés, et les médecins conseils sont essentiels, tout comme doivent être encouragés **les moyens techniques de diffusion d'une information** qui ne se recoupe pas toujours avec les référentiels médicaux.

Nous donnerons l'exemple de la « globalisation des ressources informatiques et des données » (la « GRID ») qui a fait l'objet tout récemment d'une première conférence à LYON sous l'égide du CNRS, du CERN et du Réseau Européen de Recherche en Biologie.

Il s'agit, en particulier, de mettre en ligne les progrès de la génomique, de la bio informatique et de l'imagerie médicale pour agréger de nombreuses données, pouvant aider, à partir de référentiels, au dépistage de certains cancers.

Il va de soi que, dans l'hypothèse où malgré les moyens mis à leur disposition et malgré les processus de concertation mis en œuvre, certains praticiens maintenaient des comportements générateurs d'affections iatrogènes, des mesures conventionnelles, comme la réduction ou la suppression des avantages conventionnels, devront intervenir, parallèlement à une saisine Ordinale.

On relèvera qu'il est tout à fait possible dans ce domaine et à partir d'un état des lieux, de se fixer des objectifs quantifiés de rationalisation des dépenses.

c) la lutte contre les infections nosocomiales

On sait qu'avec la création des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), cette lutte constitue une des préoccupations majeures des établissements de santé.

Comme pour les affections iatrogènes, l'impact négatif de ces affections est loin d'être négligeable, et elles constituent bien le deuxième domaine où il doit être mis fin aux dysfonctionnements constatés, toutes les fois où cela est possible.

Ici aussi les résultats de l'action peuvent aisément être quantifiés, ce qui devrait permettre la mise sur pied d'une réelle procédure d'« intéressement ».

d) L'encadrement de certains actes ou prescriptions, comme la visite, le générique ou l'antibiothérapie .

Ces trois domaines, qui font l'actualité, ne nécessitent pas de longs développements ; leur justification au regard de nos actions correctrices est incontournable.

Ils devront faire l'objet d'un suivi tout particulier.

B/ Les actions d'accompagnement

a) Les procédures d'accréditation des structures

Nous avons choisi délibérément de situer les procédures d'accréditation, confiées par la loi à l'ANAES, sous le levier de la responsabilisation des acteurs, parce qu'elles constituent **un moyen de management et de motivation des équipes particulièrement judicieux**, de par le processus qu'elles mettent en œuvre.

Certes la Cour des Comptes a souhaité une harmonisation de la présentation des rapports ; certes elle a regretté que la qualité des soins et de la prise en charge ne soit pas suffisamment mise en évidence ; certes, malgré leur inscription dans le délai quinquennal qui leur est imparti, certains établissements diffèrent leur entrée dans le processus, excipant d'un manque de moyens ou de disponibilité ou ne mesurant pas le réel intérêt de s'investir dans ce domaine.

De fait, il est patent que des progrès soient à réaliser au niveau des procédures mises en œuvre, eu égard à leur nouveauté, mais **les incitations** à l'engagement des établissements dans ce processus **apparaissent notoirement insuffisantes**.

Ainsi les objectifs fixés à l'ANAES par le Ministère pour l'exercice 2003 sont la réalisation de 1000 accréditations, alors même que les inscriptions ne dépassent pas 650, sans compter les désistements prévisibles.

Il conviendrait donc, en considérant l'intérêt de l'accréditation pour la promotion de la qualité de la prise en charge du patient, ainsi que pour la rationalisation de la gestion, **d'innover dans des procédures budgétaires incitatives et d'investir dans des actions de communication** mettant en évidence les mérites respectifs des établissements en matière d'accréditation.

On voit bien que l'approche de résultats quantifiés utiles pour l'élaboration d'un ONDAM médicalisé n'est guère possible, mais les enjeux sont tels à moyen et long terme que toute l'attention doit être portée sur le succès de l'accréditation dans les années à venir.

b) Les **modalités d'allocation des ressources et de fixation des tarifs**

On pressent l'importance des modalités d'allocation des ressources quant à la détermination d'un ONDAM médicalisé, par le poids qu'elles peuvent avoir sur la construction des dépenses.

Ce domaine d'investigation est d'autant plus important que l'on sait que ce ne sont pas forcément les établissements qui disposent le plus de ressources, proportionnellement à leur activité, qui dispensent les meilleurs soins.

Le caractère quelque peu pervers de la procédure du budget global n'est plus à démontrer et les études relatives à d'autres méthodes de tarification doivent trouver rapidement concrétisation.

Cela est d'ailleurs prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 qui met expressément en place **une tarification à l'activité** que le gouvernement souhaite généraliser aux secteurs public et privé, dès 2004, sur la base du PMSI (les missions de service public étant financées forfaitairement en fonction du rôle spécifique joué en la matière par chaque établissement concerné)

Cette initiative qui va dans le sens d'une **harmonisation**, constitue un élément essentiel de la modernisation voulue par le plan « Hôpital 2007 » ; elle implique **plus d'équité et de transparence**.

En outre, les recherches actuelles en matière de **tarification attachée au patient, à son cursus et à l'évolution de son état**, plutôt qu'aux structures d'accueil justifient un approfondissement.

Cette approche a le mérite de lier l'allocation de ressources à l'état des patients accueillis dans une structure et instaure dans ces conditions un processus « vertueux » dans son fonctionnement.

Ceci vaut, en particulier, pour les établissements de soins de suite et de réadaptation qui verraient leurs ressources dépendre du poids de la charge en soins des malades accueillis.

Ainsi, c'est au niveau du patient, et de ses soins, que serait définie une enveloppe financière répartie entre les différentes structures d'accueil.

Au niveau des soins de ville, la démarche conventionnelle a récemment prévu des **rémunérations au forfait**, mieux adaptées à certaines prestations, ainsi qu'une **différenciation des tarifs** en fonction de la situation devant laquelle se trouve placé le professionnel de santé ; il convient de poursuivre dans cette voie.

Par ailleurs, le travail au sein des réseaux de santé incite à aller dans ce sens.

On relèvera, en outre, le lien étroit existant entre la tarification et le volume des actes.

Il convient, dans ce domaine, **d'avancer avec précaution**, en considérant que l'effet d'entraînement des modes de tarification est évident, bien qu'il soit difficile à quantifier, hormis, bien entendu, l'évolution des tarifs destinée à faire face à l'inflation.

c) Les **campagnes de sensibilisation des acteurs de santé**

Nous nous situons là dans le domaine des **actions de communication** qui supposent, pour être efficaces, une bonne connaissance des publics visés.

Ces actions concerneront **la prévention ou la promotion de comportements responsables** des assurés sociaux en matière d'accès aux soins ; les campagnes relatives à l'utilisation des génériques en sont un bon exemple.

On observera qu'un temps fort de la prévention par la persuasion des patients se situe lors des séjours en services de suite et de réadaptation, car c'est à ce moment là que l'on peut escompter de leur part le plus de réceptivité, avec un accompagnement oral de certaines informations écrites.

Pour les professionnels de santé, on privilégiera les contacts directs et confraternels avec les Services Médicaux.

Il s'agit ici d'actions d'accompagnement qui peuvent surtout faire l'objet d'indicateurs de moyens, et, lorsque cela est possible, de résultats.

d) Le **processus « vertueux » de certaines dispositions conventionnelles**

L'article L 162-12-18 du Code de la Sécurité sociale, dont le régime est fixé par les conventions nationales, prévoit des **contrats de pratiques professionnelles**, conclus entre les Caisses et les professionnels de santé et qui ouvrent droit à un **complément forfaitaire de rémunération** en contrepartie d'engagements quant au respect des recommandations professionnelles.

En outre, l'article L 162-12-17 du même Code est relatif aux **accords de « bon usage des soins »**, qui portent un véritable « **intéressement** » des praticiens à partir d'objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ; ces accords sont passés au niveau national par les signataires conventionnels nationaux et au niveau régional par les URCAM.

Certes, nous nous situons sur un plan **microéconomique** et la possibilité d'agrégation des résultats n'est pas chose facile, mais leur effet d'entraînement est indéniable par l'exemplarité qu'ils comportent.

Il convient donc de leur accorder un intérêt particulier et plus généralement, de développer des initiatives conventionnelles modulées allant dans le sens d'une responsabilisation des acteurs.

Par ailleurs, des mesures destinées à la promotion d'une **certification** des professionnels de santé ou à l'**habilitation** de certaines spécialités devront faire l'objet de discussions dans le cadre conventionnel.

e) Le **dossier du patient**

Il s'agit là d'une mesure prévue par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002.

Il est de bon ton de situer le patient **au centre du système de santé** ; il faut donc être capable de mettre en œuvre des **outils de coordination**, puisqu'aussi bien, et hormis son admission dans un établissement ou l'hypothétique adhésion à un réseau de santé, il jouit d'une grande liberté pour se mouvoir dans le système de soins.

Le dossier de santé du patient, informatisé, peut jouer un rôle essentiel de responsabilisation à cet égard.

Les pratiques actuelles doivent être approfondies, même si les résultats sont, assurément, difficilement quantifiables.

Globalement, l'information du citoyen constitue un levier majeur de sa « responsabilisation » ; la « liberté » actuelle, « non éclairée », se présente, au contraire, comme un facteur de danger potentiel, aux antipodes d'une consommation de soins rationalisée.

f) Les **modalités de remboursement et la couverture sociale**

On sait l'incidence que peuvent avoir les modalités de remboursement des soins et le niveau de la couverture sociale sur l'accès au système de santé.

On a pu déterminer, par exemple, que l'avance des frais, jointe à un ticket modérateur élevé, était susceptible de freiner la tendance au transfert de charges de l'hospitalisation vers les soins ambulatoires.

Par ailleurs, il ressort d'une étude du CREDES finalisée en 2002 que 30% des assurés ne disposant pas d'une bonne couverture sociale déclaraient en 1998 renoncer à des soins, contre 7 à 9% de ceux qui avaient une couverture bonne ou moyenne ; et que la moitié des ménages bénéficiaires de la CMU avaient renoncé à des soins avant d'en bénéficier.

On verra que ces difficultés tenant à l'accès à des soins de qualité, même devenues marginales, **devraient tendre à disparaître avec les progrès de l'évaluation médicale et la possibilité d'appréhender le service médical rendu.**

3/ Le levier relatif à l'évaluation des pratiques et des prestations.

Ce levier concernera des actions principalement situées **en aval** du processus de soins, même si les référentiels, recommandations et protocoles sont forcément élaborés en amont.

A) Les actions correctrices

a) La promotion des recommandations pour la pratique clinique et de l'évaluation des pratiques professionnelles

Un rapport important, remis en avril 2002 par Etienne CANIARD au Ministre de la Santé (les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'information), **nous invite à une nécessaire clarification conceptuelle** en la matière.

Il faut, en effet, distinguer tout d'abord les **références médicales opposables** (RMO), destinées à éviter les abus, les actes inutiles ou potentiellement dangereux, et les **recommandations pour la pratique clinique** (RPC), qui sont « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données », et cela que ce soit dans le cadre des soins de ville ou de l'hospitalisation.

De plus, la distinction est bien établie entre les RPC qui relèvent, de par leur respect, **d'une logique de qualité de prise en charge** et les analyses fondées sur l'utilité médicale qui font intervenir des choix de société, dans un contexte de rareté des ressources.

C'est bien l'approche par les RPC qui est abordée dans ce rapport.

Cette action correctrice permettra, directement ou indirectement, de déterminer un bien ou un service de qualité, pourvu d'un incontestable intérêt médical et susceptible d'être inclus, de ce fait, dans le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire.

Au niveau de la conception des RPC, les Agences Nationales ne sont pas en mesure de couvrir, directement, l'ensemble de l'activité médicale.

Il est vrai que, comme on l'a vu précédemment, la CNAMTS a pu estimer que **40% à 50% de la nomenclature des actes professionnels** pouvaient, à ce jour, relever des procédures d'évaluation de cette activité médicale.

Il est donc nécessaire que les Agences précitées promeuvent le « **faire faire** ».

D'ailleurs, à terme, il ne serait pas inconséquent d'imaginer que les Agences nationales concentrent leurs efforts sur l'élaboration de recommandations complexes, transverses, pour lesquelles les données scientifiques n'en sont qu'à leurs balbutiements, en érigeant les Unions régionales des médecins libéraux, ou les sociétés savantes, en opératrices légitimes en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

On remarquera, à ce sujet, la **nécessaire passation d'un «seuil** » au delà duquel, seulement, il sera possible d'affirmer l'impact positif des RPC sur la pratique médicale.

C'est dire le rôle fondamental que jouent et sont appelées à jouer, à l'avenir, les Agences nationales dans la conception des RPC, soit directement, soit par les procédés du « faire-faire » ; c'est dire, dans ces conditions, l'importance considérable de leur mission quant à une rationalisation positive de l'offre de soins.

On comprend par ailleurs le **rôle fondamental des procédures conventionnelles** dans l'élaboration des RPC, si l'on entend développer auprès des praticiens le concept « d'obligation contractuelle » au détriment de celui « d'obligation réglementaire » qu'avaient tenté d'instaurer les RMO, avant la prise de position non équivoque du Conseil d'Etat.

En outre, la crédibilité des RPC, comme d'ailleurs leur pertinence, **suppose que leur délai de production soit restreint** ; en effet, ce délai doit être confronté à l'évolution inévitable des connaissances scientifiques sur le sujet étudié, à tel point qu'il peut être plus judicieux de produire des recommandations dans des délais plus brefs, **par le biais de rapports d'étape**.

Il importe pour cela que la capacité de veille et d'anticipation des Agences nationales soit optimisée ; c'est d'ailleurs une des préoccupations actuelles de l'ANAES et de l'AFSSAPS.

Le travail en réseau au niveau international apparaît incontournable en la matière.

De plus, on a insisté sur l'indispensable implication des professionnels de santé dans la conception des référentiels et des recommandations, si l'on veut faciliter leur appropriation ultérieure ; il convient donc de prévoir une légitime rémunération de ces professionnels, en contre partie de leur participation, à travers des conventions entre la CNAMTS et les sociétés savantes.

Au niveau de la communication des RPC, les efforts doivent être soutenus, car leur production ne servirait à rien si elles devaient rester méconnues des professionnels de santé ; l'industrie pharmaceutique ne s'y est d'ailleurs jamais trompée, lorsqu'elle pratique le « faire savoir direct » dans la promotion de ses produits, avec l'intervention de ses visiteurs médicaux.

C'est pourquoi, les **visites confraternelles** proposées et pratiquées par les médecins habilités ou certains thèmes ciblés par les médecins conseils, apparaissent indispensables pour promouvoir dans de bonnes conditions les RPC ; la mise en œuvre récente et réussie des programmes de santé publique sur le diabète et sur l'hypertension artérielle en constitue un exemple probant.

Par ailleurs, la mise en œuvre d'un **contrat cadre** en matière de formation, dans le domaine du médicament, entre l'AFSSAPS et l'UNAFORMEC, pourrait permettre l'appropriation par les praticiens des outils nécessaires à des attitudes rationnelles en la matière.

En outre, la crédibilité et la légitimité des RPC supposent, inévitablement, la diffusion de mises à jour régulières.

Quant à la diffusion des recommandations à partir des outils aujourd'hui à disposition, on se gardera de sous estimer l'importance du ciblage des professionnels concernés par telle ou telle de ces recommandations ; l'utilisation des outils informatiques et la conception des sites Internet devront faire, par ailleurs, l'objet de toutes les attentions.

Enfin, il paraît opportun que la diffusion des plans de santé publique soit portée par des **structures de mission temporaires de coordination**, dès lors qu'elle mobilise de nombreux acteurs en s'appuyant sur des outils complexes.

Au niveau de l'application des RPC, on a vu l'intérêt que pouvaient présenter, dans le cadre des procédures conventionnelles, les accords de « bon usage » des soins, ou les contrats de « bonnes pratiques », prévus par le Code de la Sécurité sociale.

Il s'agira, fondamentalement d'assurer le respect des RPC par la mise en place de **démarches qualité ou d'audits médicaux** ; en effet, il ne s'agit pas seulement d'impliquer les professionnels de santé dans l'élaboration des RPC, il convient de veiller à éviter l'apparition de pratiques déviantes, non respectueuses des indications et à les corriger lorsqu'on aura pu les déceler.

Les Caisses d'assurance maladie ont considérablement investi dans ce domaine.

La CNAMTS a mis en place une aide méthodologique précise pour sélectionner les actions relatives en particulier au respect de l'application des RPC, en fonction de l'efficacité et de la faisabilité des dites actions, de la sévérité et de l'ampleur des problèmes posés.

Il est intéressant de noter, pour notre étude sur la détermination d'un ONDAM médicalisé, à quel point **la mesure du résultat des actions entreprises a fait l'objet, au cours du temps, de précisions de plus en plus pertinentes.**

Il s'agit, en effet, après une sélection rationalisée des domaines dans lesquels les RPC semblent ne pas être respectées, de définir le problème posé par l'analyse objectivée de la situation, d'effectuer ce qu'il est convenu d'appeler un diagnostic médico-administratif, de prévoir des objectifs stratégiques et opérationnels ainsi que la réalisation d'un programme d'actions, **une fois qu'auront été définies les procédures de suivi et de mesure de l'impact de ces actions.**

On notera que les gains d'un programme d'actions doivent prendre en compte les **effets directs** et les **effets induits**, après avoir déduit le coût intrinsèque du programme en question, et qu'ils doivent également considérer les **facteurs exogènes** ayant pu influencer sur les résultats obtenus (épidémiologie, démographie médicale, réglementation...).

Il faut, par ailleurs, mettre l'accent sur le **dispositif expérimental d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux**, lancé en partenariat avec certaines URML et mis en place par l'ANAES elle-même au travers de l'habilitation par ses soins de praticiens dont elle assure la formation.

Ces évaluations, individuelles ou collectives, fondées sur le volontariat, obéissent à une procédure très précise avec les RPC comme point de départ ; elles recueillent d'ores et déjà un vrai succès auprès des professionnels qui se prononcent en faveur de l'utilité de la démarche.

Un bilan de cette expérimentation doit prochainement être réalisé ; la conception de modules d'évaluation devrait permettre, même indirectement, une certaine approche quantifiée des résultats en matière de rationalisation des soins.

Il conviendra, bien entendu, **d'agréger au niveau national les objectifs quantifiés** des divers programmes entrepris, **ainsi que les résultats déjà acquis** pour contribuer à la définition d'un ONDAM médicalisé.

On perçoit également à quel point les éventuelles initiatives conventionnelles en matière de certification des praticiens, le dispositif d'évaluation de l'ANAES et les programmes d'action des Caisses d'assurance maladie devront faire l'objet **d'une nécessaire coordination**.

On voit bien **l'intérêt fondamental de ces actions** en matière de conception, de mise en œuvre et d'application des RPC, **quant à l'élaboration d'un ONDAM médicalisé**, au regard des discriminants que nous avons pu isoler ; ces actions occuperont donc une place de choix dans les priorités qu'il convient de définir.

On remarquera, ainsi, que les RPC se présentent comme **une importante occasion d'associer les professionnels de santé à l'organisation du système de santé**, d'en faire des acteurs à part entière à tous les stades d'élaboration et d'application de ces RPC, **« plutôt que les boucs émissaires d'un constat de non qualité et de non régulation dont ils ne sont pas les seuls responsables »** (rapport précité sur les recommandations de bonnes pratiques d'avril 2002)

Enfin, on fera observer que l'intérêt de l'évaluation individuelle des pratiques, qu'elle porte sur le domaine ambulatoire ou hospitalier, réside dans le fait qu'elle constitue **un critère global «de bout de chaîne »** (cf. J.- P. BADER *Mille milliards de francs* 2002) ; en effet, si l'évaluation s'avère positive par rapport à un référentiel, cela signifie, en particulier, que les professionnels sont en nombre suffisant, que leur formation est adaptée, que les outils sont utilisés de manière optimale, etc...

b) **Le suivi des grands consommateurs**

Le système d'information des Caisses d'assurance maladie, **par le suivi de panels qu'il autorise**, peut permettre de mener des actions sous l'angle des consommateurs de soins, à partir des procédures de l'évaluation médicale.

On a vu que la concentration des dépenses sur un nombre relativement faible de consommateurs n'était pas un obstacle à une action volontariste, bien au contraire ; par ailleurs pourquoi, au-delà des facteurs « objectifs » évidents, faudrait-il s'accommoder d'une consommation pharmaceutique qui se trouve multipliée par plus de dix durant la dernière partie de la vie, compte non tenu, bien évidemment, des hospitalisations ?

Nous retrouvons là, par ailleurs, la préoccupante question des affections iatrogènes, ainsi que le délicat problème des représentations de la santé ; mais, pour autant, on n'aurait garde de négliger les possibilités d'actions dans ce domaine.

Ces actions ne sauraient être menées de façon indifférenciée et concerneront bien évidemment les comportements atypiques.

c) **Le suivi des principales pathologies**

Initialement exclue par ses limites en tant que mode de fixation de l'ONDAM, l'approche par le coût des pathologies retrouve ici toute son utilité en tant qu'action correctrice pour l'élaboration de l'ONDAM médicalisé.

En effet, il s'agit d'utiliser **un angle d'attaque différent et croisé** pour compléter l'approche choisie.

L'intérêt d'un suivi des principales pathologies au niveau du Ministère de la Santé est un facteur incontestable de l'optimisation du système de santé.

Le rapport récemment remis au Ministre de la Santé par la Commission d'orientation sur le cancer, présidée par le Professeur Lucien Abenham, Directeur de la DGS, montre la voie, lorsqu'il préconise la création d'un **Institut national**, doté d'un budget de haut niveau et ayant pour vocation la définition de la politique nationale de recherche en cancérologie, sa coordination et une bonne partie de sa réalisation, ainsi qu'une mission d'expertise en direction des professionnels et une mission d'information, de prévention et d'évaluation.

Cette approche « verticale » des coûts qui oblige à concevoir d'indispensables passerelles entre les enveloppes financières de l'ONDAM, vaut, sans doute, pour d'autres pathologies.

De plus, il n'est pas inintéressant de compléter cette approche par une **prise en compte transverse** des pathologies à partir d'éléments d'investigation diagnostique comme l'imagerie médicale par exemple.

d) **Une approche transverse des pathologies au travers de l'imagerie médicale**

Plusieurs spécialités sont concernées : radiologues, bien sur, mais aussi acteurs en médecine nucléaire, gastro-entérologues, gynécologues, rhumatologues ou pneumologues.

Le périmètre de l'ONDAM imagerie n'est pas aisé à définir ; il ne peut, en effet résulter de la distinction « hospitalisation /soins de ville », ni de la frontière entre les actes diagnostiques et les actes thérapeutiques ; il importe de poursuivre les recherches à ce propos.

De plus, on assiste, en matière d'imagerie médicale, à des **facteurs inflationnistes** tenant à la substitution d'examens plus coûteux (le coût moyen pour l'examen d'un sinus était de l'ordre de 30 euros avec une radiographie conventionnelle, il est devenu de 115 euros avec le scanner, pour un gain très faible au niveau du diagnostic, et sans diminution des volumes), à l'élargissement des indications pour une technique donnée, au renchérissement du coût de production des techniques, et à un « temps médical » proprement dit en forte croissance.

Par ailleurs, la superposition des techniques est d'autant plus importante que la diffusion de l'innovation au sein du corps médical laisse à désirer.

On notera, également, que l'évolution technologique possède des **effets positifs** sur la précocité du diagnostic, sur le raccourcissement des durées d'hospitalisation et sur la substitution d'actes interventionnels moins invasifs à certains actes chirurgicaux lourds.

Il va de soi que **le rôle du SROS s'avère en l'espèce déterminant.**

Son élaboration rationnelle dans ce domaine suppose que l'Observatoire pour l'imagerie médicale, développé par la FNMR, soit encouragé, que les effets de « déport » entre les soins de ville et l'hôpital puissent être étudiés et que soit mesurée la fraction des forfaits techniques qui entre dans l'escarcelle des établissements privés.

Mais, quel que soit l'intérêt de cette approche, **tant au niveau vertical que transverse**, on se heurte, pour l'élaboration d'un ONDAM médicalisé, à une difficulté de quantification des résultats de l'action à court terme

B/ Les actions d'accompagnement

a) Une nécessaire coordination au niveau des Agences nationales

On a vu que plusieurs instances pouvaient légitimement prétendre à être partie prenante à l'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, voire des références médicales ou des processus d'évaluation des pratiques professionnelles : l'ANAES, l'AFSSAPS, les URML, les sociétés savantes, les réseaux de santé et même les Organismes de protection complémentaire.

A tel point que, dans certains domaines comme les risques cardio-vasculaires où interviennent l'ANAES, l'AFSSAPS et les sociétés savantes, les problèmes de recoupement, voire de divergence, sont loin d'être négligeables.

Il convient, dans ces conditions, de prendre très vite **des mesures de coordination** en la matière, d'autant plus que les « commandes » pour les RPC peuvent émaner du Ministère de la Santé, des Caisses Nationales d'assurance maladie ou des sociétés savantes.

La **cohérence** s'avère donc indispensable si l'on veut, en particulier, favoriser les **évaluations croisées** entre les médicaments et les dispositifs médicaux dans l'approche de l'amélioration de leur service médical rendu.

Tout ceci a conduit la Direction Générale de la Santé, comme d'ailleurs de nombreux experts, à préconiser la création d'un **Comité d'Orientation en matière de recommandations de « bonnes pratiques »**, auquel participeraient les Directions concernées des Ministères de la Santé et des Affaires Sociales, les Agences nationales, les Caisses d'assurance maladie, et des représentants des professionnels de santé et des assurés.

Le groupe de travail considère qu'il s'agit là d'une proposition de bon sens, si l'on a à l'esprit les risques de déperdition de productivité que recèle la situation actuelle.

b) Une nouvelle définition du rôle du Service Médical

On remarquera que les propositions de réforme du Service Médical sont fréquentes ; certains, aujourd'hui se posent même des questions quant à son rattachement.

Le Service Médical ne devrait pas quitter le domaine strict de l'expertise médicale, en « contractant » avec les instances politiques institutionnelles pour ce qui est de la stratégie, ce qui n'est pas toujours le cas.

Ceci d'autant plus que les programmes comme ceux sur le diabète, l'hypertension artérielle ou les pratiques en antibiothérapie doivent être poursuivis dans les années à venir, avec d'autres modalités d'accompagnement et de conseil aux professionnels de santé.

On remarquera que ces nouvelles missions s'ajoutent sans se substituer aux missions qui lui sont déjà confiées, comme la fourniture d'avis aux Organismes de l'Assurance Maladie, la représentation de celle-ci dans certaines instances, l'analyse et le contrôle des demandes de prestations et des activités médicales et hospitalières, la proposition d'adaptations dans les soins prodigués aux assurés ou la participation à la régulation médicalisée en amont ou en aval des soins.

Ainsi, l'expertise médicale constitue bien le cœur de métier **du «plus grand service d'audit de France ».**

c) Une organisation du régime général de l'assurance maladie optimisée

On mettra l'accent sur **l'optimisation du réseau constitué par l'ensemble des Organismes du Régime Général**, dans le sens d'une efficacité accrue intra branche.

Par ailleurs, l'utilisation des plates-formes de service doit contribuer au succès des réseaux de santé.

On pourrait aussi préconiser une collaboration étroite entre **cadre administratif et praticien conseil** à partir de la création de structures relationnelles pour accroître le rôle de **conseil et de suivi** des services de l'assurance maladie.

Cette collaboration nécessite, au niveau des praticiens conseils, une approche systémique prenant en compte l'ensemble de leur charge de travail, leur formation et les conditions de leur mobilité géographique et fonctionnelle.

En effet, la palette des missions du Service Médical qui comprend notamment le contrôle de l'activité des professionnels de santé, doit conduire à la plus grande prudence quant au risque éventuel de proximité prolongée avec ces professionnels.

Nous sommes parvenus, à ce stade de notre rapport, et avec la mise en œuvre des actions correctrices et d'accompagnement précitées, à la définition du **champ d'application de la prise en charge collective obligatoire « nette »**, génératrice des **dépenses de santé prises en charge collectivement** qui constituent l'**ONDAM médicalisé**, après intervention des différents **taux de remboursement**.

Ce champ d'application comportera, comme on l'a vu, **l'ensemble des prestations de santé fondamentales, tant au niveau de la qualité, que de l'accessibilité.**

On remarquera l'importance du développement d'une synergie entre les différentes actions sur les déterminants « réformables », par le rapprochement des différents acteurs, ceci afin de donner un caractère plus opérationnel à la démarche.

Cette remarque vaut plus particulièrement pour l'extension du SROS, la fongibilité des enveloppes ou la coordination des soins.

Ceci dit, à ce niveau de réflexion, on peut s'interroger sur les conséquences de l'élaboration des référentiels et de leur évaluation sur les compétences respectives des régimes obligatoires et complémentaires.

En effet, la qualité d'un bien ou service de santé, telle que définie au terme d'une procédure d'évaluation, pourrait jouer le rôle de **discriminant** en la matière, et conditionner une prise en charge intégrale.

Le Haut Comité de la Santé Publique incite à s'orienter dans ce sens dans plusieurs de ses rapports.

Quoi qu'il en soit, diverses conceptions des relations et de la répartition des compétences entre régimes obligatoires et complémentaires se font jour et il n'est pas dans la mission du groupe d'opter pour l'une d'entre elles.

Reste alors à évoquer, dans une quatrième partie, les **modalités d'élaboration et de suivi de l'ONDAM médicalisé**, qui participent de cette médicalisation au travers de la **concertation permanente** érigée en principe majeur.

4^{ème} PARTIE

LES MODALITES D'ELABORATION ET DE SUIVI DE L'ONDAM MEDICALISE ET SES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES

Nous nous attacherons à développer le **préalable** que constitue la détermination de la structure sur laquelle reposeront les modalités d'élaboration et de suivi de l'ONDAM médicalisé, avant d'envisager les dites modalités et d'aborder ses caractéristiques.

LE PREALABLE DE LA STRUCTURE PIVOT COMPETENTE

Il s'agit, tout d'abord, de **décider de la structure unique, placée auprès du Ministère, et qui conduira l'élaboration et le suivi de l'ONDAM médicalisé.**

Trois principes nous guideront dans cette démarche : la **simplicité**, l'**efficacité** et la **concertation**.

Il nous semble que la **Conférence Nationale de Santé** (et les **Conférences Régionales de Santé**) doit constituer la structure compétente, à condition que sa composition soit reconsidérée

En effet, elle a été conçue comme **un haut lieu de la concertation**

Encore faut-il **renforcer sa légitimité et son opérationnalité** :

- en lui permettant de passer avec l'Etat une **convention pluriannuelle** renouvelable,
- en organisant en son sein un « **exécutif** » sous la forme d'un bureau restreint,
- et en lui assurant une indispensable **indépendance** relative.

Le choix de la Conférence Nationale de Santé, ainsi légitimée, comme structure pivot **permet d'éviter la création d'une nouvelle instance**, sous la forme d'un Haut Comité supplémentaire, qui viendrait s'ajouter en tant qu' « intermédiaire », dans un « paysage » déjà fort occupé.

C'est donc à cette Conférence qu'il reviendra de proposer au gouvernement, à partir des études des instances oeuvrant dans le domaine de la santé, les priorités et les objectifs de santé publique, basés sur une approche de l'état sanitaire de la nation, afin que puisse être déterminé le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire « brute ».

C'est à elle qu'il appartiendra de participer, en étroite liaison avec le Ministère, à l'élaboration et au suivi de l'ONDAM médicalisé.

C'est à elle, de ce fait, qu'échoira la réalisation de l'agrégat des résultats quantifiés des actions correctrices conduites sous son égide.

C'est enfin, éclairée par son rapport, que la représentation nationale se prononcera quant au montant de l'ONDAM pour l'exercice à venir, après avoir pris en considération le contexte économique et les nécessaires arbitrages entre missions collectives.

On remarquera que la Conférence Nationale de Santé devra néanmoins être aidée, dans l'analyse des résultats chiffrés colligés par les Organismes payeurs, par **un organe technique qui leur soit extérieur.**

Nous retiendrons, comme **fil conducteur** de cette quatrième partie, **le calendrier** que nous proposons pour procéder à l'élaboration et au suivi de l'ONDAM médicalisé.

C'est en effet, à partir de ce calendrier que s'articule l'intervention de l'ensemble des acteurs concernés.

L'année *n* sera choisie, par convention, comme l'année de la préparation de l'ONDAM médicalisé pour l'année *n*+1.

LES MODALITES D'ELABORATION DE L'ONDAM MEDICALISE.

Durant l'année n-1, et en fonction des enseignements tirés de cet exercice, la Conférence Nationale de Santé proposera, comme on l'a vu, au Ministère **le financement d'une dizaine d'études**, portant sur les procédures d'évaluation et de quantification des résultats d'actions correctrices prioritaires.

Ces études, confiées aux différentes Instances oeuvrant dans le domaine de la santé (DHOS, DREES, ANAES, DGR et ENSM de la CNAMTS, autres Régimes Obligatoires, CREDES, INSERMau niveau national ; ARH, URCAM, ORS....au niveau régional), seront entreprises **durant l'année n-1** pour permettre un début de réalisation des actions correctrices concernées **dès l'automne de la dite année et au printemps de l'année n**.

Les actions correctrices concernées ou non par les études préliminaires, tout comme d'ailleurs les actions d'accompagnement, se dérouleront **jusqu'à l'automne de l'année n**, époque à laquelle le résultat de certaines d'entre elles, acquis **ou prévisionnels**, seront colligés dans le rapport que la Conférence Nationale de Santé transmettra à la représentation nationale, pour la détermination de l'ONDAM de l'année *n*+1.

Ces actions seront réalisées par les Instances répertoriées plus haut ; on fera observer, en particulier, qu'il paraît légitime que les structures qui ont contribué à l'élaboration de référentiels d'activité soient amenées à contribuer à leur évaluation.

On remarquera qu'elles ne pourront toutes aboutir pour la session d'automne ; néanmoins, on sait qu'il est de bonne procédure de quantifier les objectifs dès le début d'une action.

Le cadre conventionnel entre les professionnels de santé et les gestionnaires de l'assurance maladie est, bien entendu, **incontournable** pour accueillir nombre de ces actions.

A partir du résultat **provisoire ou définitif** des actions précitées et avec l'active contribution des Instances oeuvrant dans le domaine de la santé, il appartiendra à la Conférence Nationale de Santé, destinataire des rapports des Conférences Régionales de Santé, d'analyser l'impact prévisionnel des déterminants fondamentaux de la santé publique pour l'année *n*+1, qu'ils soient « objectifs » ou susceptibles d'adaptation.

Ainsi, c'est à partir des dépenses constatées, réalisées en *n*-1, que la Conférence Nationale de Santé pourra, en cours d'exercice, contribuer à la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année *n*+1.

Elle proposera **au gouvernement, en liaison avec le Ministère et à la représentation nationale le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire «nette»** (après actions correctrices), pour l'année *n*+1, **à la session d'automne de l'année n**, et par conséquent le montant prévisionnel des dépenses de santé, duquel découle, comme on le sait, l'ONDAM médicalisé prévisionnel *n*+1.

Simultanément, la représentation nationale interviendra une première fois, **en amont, au cours de la session de printemps de l'année n**, pour définir les objectifs et priorités de santé publique, après un examen de l'état sanitaire de la nation ; elle déterminera de ce fait les états pathologiques et les actions préventives éligibles à une prise en charge collective obligatoire, d'où ressort le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire « brute », c'est à dire avant l'intervention des actions correctrices.

Les débats de la représentation nationale seront alimentés par un premier rapport de la Conférence Nationale de Santé, lui-même enrichi par les recherches d'Instances comme le Haut Comité de la Santé Publique.

A cette occasion, le programme des études et des actions entreprises pour l'élaboration de l'ONDAM médicalisé pour n+1 sera présenté à la représentation nationale pour son information.

Il pourra ressortir des discussions une inflexion de ces études ou actions.

Par la suite, comme on l'a évoqué, **en aval, lors de la session d'automne de l'année n**, le parlement examinera et votera le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui lui est présenté par le gouvernement, après que la Conférence Nationale de Santé ait transmis son rapport et après avoir pris en compte le contexte économique, ainsi que les arbitrages entre fonctions collectives.

On sait que ce projet de loi comporte la fixation définitive de **l'ONDAM pour l'année n** ainsi que **l'ONDAM prévisionnel pour n+1** et **l'objectif délégué des dépenses de ville**.

Enfin, il est possible d'imaginer, pour accroître le caractère concerté de la procédure, que le **Conseil Economique et Social** soit saisi préalablement aux interventions de la représentation nationale.

On observera que les travaux de la Conférence Nationale de Santé seront rythmés par le caractère pluriannuel de l'ONDAM médicalisé ; de fait, un temps fort sera constitué par la préparation de cette pluriannualité.

LES MODALITES DE SUIVI DE L'ONDAM MEDICALISE

C'est alors que doivent intervenir **les procédures de suivi** qui, elles aussi, **doivent consacrer une place importante à la concertation**.

A ce propos, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoit la mise en œuvre et le suivi de l'ONDAM médicalisé par le Conseil de surveillance de la CNAMTS, ainsi que l'élaboration éventuelle d'un collectif social rectificatif, lors de la session parlementaire du printemps de l'année n+1, dans l'hypothèse d'un dépassement manifeste des prévisions.

Toutefois, **il importe d'aller plus loin**, en donnant aux Instances conventionnelles, aux Conférences Régionales de Santé et, bien évidemment, à la Conférence Nationale de Santé un **rôle explicite** en la matière, ***au cours des quatre premiers mois de l'année n+1.***

Ce suivi renvoie au concept de l'opposabilité de l'ONDAM médicalisé que l'on envisagera au niveau de ses caractéristiques.

Il doit permettre à la Conférence Nationale de Santé et à son bureau de se prononcer sur les études et actions à entreprendre ***pour l'année n+2.***

LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE L'ONDAM MEDICALISE

Ceci dit, les modalités d'élaboration et de suivi de l'ONDAM médicalisé conduisent tout naturellement à s'interroger sur **l'opposabilité**, la **pluriannualité** et la **régionalisation** de l'ONDAM médicalisé.

La réponse à ces questions ne saurait relever d'un quelconque dogmatisme.

L'OPPOSABILITE DE L'ONDAM MEDICALISE

Puisque l'élaboration de l'ONDAM médicalisé aura fait l'objet d'une large concertation, au travers de travaux menés en commun par l'ensemble des acteurs de santé, **il est légitime d'admettre son opposabilité**, car il ne pourra plus apparaître comme une contrainte artificielle et imposée par les pouvoirs publics, qui plus est à partir d'éléments étrangers à l'activité médicale.

Par ailleurs, cette opposabilité découle également du suivi dans lequel se trouve engagé le Parlement, faisant de la procédure d'élaboration de l'ONDAM médicalisé **une procédure prévisionnelle contraignante** qui, sans pouvoir être assimilée à une procédure budgétaire, s'impose néanmoins à tous.

On observera néanmoins le **caractère nécessairement relatif** de cette opposabilité, puisque des **facteurs « exogènes »**, tels que des initiatives réglementaires ou des éléments d'ordre épidémiologique sont susceptibles d'intervenir en cours d'exercice et devront être obligatoirement pris en considération.

Fondamentalement, il est évident que les partenaires conventionnels, et plus généralement l'ensemble des acteurs de santé, y compris, bien entendu, les hôpitaux, **ne sauraient se voir opposer un pourcentage d'évolution des dépenses qui ne leur serait pas totalement imputable.**

En effet, comme nous l'avons vu, une part non négligeable de cette évolution est le fait de déterminants « objectifs » qui s'imposent à eux.

Nous avons estimé que cette part pouvait se situer autour de 3% ; elle est principalement induite par la démographie, l'âge de la population, les incidences du progrès technique et, bien entendu, la croissance économique dont le rôle est aussi de financer en partie les dépenses.

Pour le reste, il apparaît possible de « **contractualiser** » l'évolution des dépenses de santé, de la faire ressortir d'une « obligation contractuelle » dans un cadre conventionnel qui deviendrait le substrat du suivi de l'ONDAM médicalisé, tel que nous l'avons évoqué pour ce qui est tout au moins des soins de ville, mais tel qu'on peut le concevoir pour les hôpitaux.

On notera que les accords de « bon usage des soins » ainsi que les contrats de santé publique ou de pratiques professionnelles peuvent servir de support à ce suivi, tant sur le plan macroéconomique, qu'au niveau individuel.

Pour ce qui est des procédures à mettre en place en cas de dépassement de l'ONDAM médicalisé, il appartiendra aux partenaires conventionnels et à l'Etat, chacun pour ce qui le concerne, d'en décider la teneur, étant entendu que le suivi doit produire ses effets tout au long de l'année.

On sait que la représentation nationale doit se prononcer à l'occasion d'un collectif social rectificatif, en cas de non-respect des prévisions au terme de l'exercice, tout en situant sa décision, comme nous le verrons, sur un plan pluriannuel.

Dans l'hypothèse où il adviendrait que les dépenses soient inférieures à l'objectif initial, l'Etat et les partenaires devraient alors décider de l'affectation d'une partie à déterminer de l'écart à l'optimisation de la qualité des soins ou au développement des actions préventives.

Reste à définir **le statut des cinq enveloppes** qui constituent l'ONDAM et dont la répartition est de la responsabilité du gouvernement (soins ambulatoires : honoraires et prescriptions ; hospitalisation publique et assimilée ; hospitalisation privée à but lucratif ; domaine médico-social ; réseaux de santé).

Il va de soi que, quelle que soit le responsable de la décision finale en la matière, une **concertation préalable doit être organisée** à l'attention de l'ensemble des acteurs de santé.

En outre, la **nécessaire souplesse** d'une démarche prévisionnelle implique une véritable **fongibilité** des enveloppes, ainsi d'ailleurs que la possibilité de transférer des crédits à l'intérieur même de chacune de ces enveloppes.

Enfin, une **autre logique** peut être retenue pour concevoir des enveloppes financières ; il s'agirait de distinguer entre le fonctionnement des structures et Organismes du système de santé, les dépenses imputables au service public (urgence, formation, recherche ...) et les frais relatifs aux soins qu'ils soient réalisés en ville ou à l'hôpital, y compris les actes préventifs.

LA PLURIANNUALITE DE L'ONDAM MEDICALISE

La prise en considération d'éléments d'ordre médical ou organisationnel complexes, ainsi que le constat de cycles dans l'évolution des dépenses, conduisent inéluctablement à retenir le caractère pluriannuel de l'ONDAM (ou, à tout le moins, une articulation du type année glissante).

Par ailleurs, cette pluriannualité découle logiquement de l'intervention de la prochaine loi quinquennale de programmation en santé publique.

Elle rythmera, comme nous l'avons vu, les travaux de la Conférence Nationale de Santé.

De fait, et au-delà de la nécessaire annualité procédurale, **il importe, pour la bonne information de l'ensemble des acteurs de santé, que des orientations pluriannuelles quantifiées puissent être fixées**, dans lesquelles les ONDAM annuels médicalisés devront s'insérer.

LA REGIONALISATION DE L'ONDAM MEDICALISE

On a vu – indépendamment du débat politique institutionnel - le rôle que devaient jouer les instances, oeuvrant dans le domaine sanitaire et relevant du niveau régional, dans l'élaboration et le suivi des actions correctrices à conduire dans l'ensemble du système de santé et de protection sociale.

Dès lors, **il est difficile**, après qu'ait été déterminée au niveau national la part de la richesse nationale que notre société entend consacrer à la santé, **d'échapper à une déclinaison régionale de l'ONDAM médicalisé, et de s'en tenir à une simple péréquation relative a posteriori**.

Cette déclinaison serait susceptible de remédier, par segment de soins, et de façon directe, aux disparités interrégionales injustifiées.

On observera qu'en l'état actuel des enveloppes financières, ce que l'on pourrait qualifier **d'ORDAM**, qui existe déjà, et de façon même opposable, pour l'hospitalisation publique, puisse faire l'objet d'un « **affichage** » pour les soins ambulatoires, à l'instar de ce qui est appliqué pour l'hospitalisation privée.

Cet ORDAM affiché permettrait sans nul doute de suivre de façon plus opérationnelle les actions relatives à la réduction des disparités régionales, ainsi que, plus généralement, l'évolution des dépenses de santé au plus près de leur construction.

Il faciliterait également la mesure de l'incidence positive de la coordination des soins.

Nous venons de voir que la médicalisation de l'ONDAM, au-delà de son contenu, devait résulter également de la concertation qui doit présider à son élaboration, car c'est sur cette approche concertée et contractualisée que repose sa légitimité politique.

Il reste maintenant à conclure en dégagant les lignes de force du présent rapport, ainsi que les principales recommandations.

CONCLUSION
ET
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Ainsi, le groupe de travail a **pu montrer qu'une méthode existe** bel et bien pour donner à l'ONDAM sa **crédibilité**, à travers sa médicalisation, en postulant son ancrage dans le domaine sanitaire.

En effet, l'approche que nous proposons, en faisant à la concertation une place de choix, a toutes les chances **de conduire au respect de l'ONDAM, en tant qu'objectif**, par l'ensemble des acteurs de la santé, qui auront été partie prenante à son élaboration.

Ceux-ci, surtout avec la pluriannualité de l'ONDAM, pourront le considérer comme un **guide** et comme un **engagement librement consenti** pour leur activité quotidienne, même s'il faut bien qu'ils aient à l'esprit la responsabilité que doit exercer la représentation nationale, quant à la prise en considération du contexte économique et des arbitrages entre missions collectives.

La méthode retenue aura, de toutes façons, pour mérite de **montrer qu'il est possible d'introduire de la rationalité** dans la détermination de l'ONDAM, **en se préoccupant essentiellement de la qualité des soins dispensés et de la prise en charge assurée.**

En effet, il est clairement apparu, tout au long du rapport, que la rationalisation des dépenses ne constituait qu'une **résultante** de l'objectif premier qui est de permettre à l'ensemble de nos concitoyens d'accéder à des soins de qualité par un haut niveau de prise en charge.

Certes, chacun peut faire le choix d'utiliser une partie supplémentaire de ses ressources à des prestations relevant du système de santé, mais ayant été jugées insuffisantes sur une échelle nécessité/efficacité, mais au moins, pourra-t-il se déterminer en étant convaincu de la qualité du champ d'application de la prise en charge collective obligatoire.

Par ailleurs, la méthode empirique et pragmatique, telle que préconisée dans ce rapport, souligne l'incidence sur les dépenses de certains déterminants « objectifs », comme les facteurs économiques ou démographiques ; mais **elle veille, au plus haut point, à ce que chaque euro investi dans le risque maladie socialisé soit véritablement utilisé au service des priorités de santé publique de la collectivité.**

L'enjeu est d'importance car, tout d'abord, cette nouvelle logique de prise en charge consiste à permettre l'optimisation de la couverture de soins ou de prestations aujourd'hui injustement négligés, comme l'appareillage de suppléance fonctionnelle légère, au détriment de la couverture de prestations sans grand rapport avec l'évidence scientifique.

L'enjeu est également essentiel car il faut remarquer que, confrontée en permanence à l'urgence et aux déficits sociaux, **la collectivité n'a pas toujours su mener une réflexion constructive et prospective sur l'évolution du risque, en matière sanitaire et médico-sociale.**

Or, bien évidemment, **le risque « maladie » a considérablement évolué depuis 1945**, et bien au-delà de la prise en compte du progrès technique.

Ainsi, les impératifs de plus en plus présents de la prévention ou la place qu'occupe aujourd'hui la prise en charge de la dépendance ou des soins palliatifs attestent cette évolution.

Ces nouveaux champs d'investigation nous montrent, en outre, **la fragilité et l'imprécision de la frontière entre le sanitaire et le social**, frontière qui devra tôt ou tard être **revisitée**, si l'on veut que la prise en charge du risque social conserve sa pertinence.

Les procédures d'élaboration d'un ONDAM médicalisé, par la promotion de la qualité des prestations traditionnellement prises en charge et par la rationalisation des dépenses obligatoires collectivement engagées, peuvent aider à cette évolution et à cette prise de conscience.

LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Nous hiérarchiserons **les principales recommandations** contenues dans ce rapport, surtout pour les actions correctrices, tant il est vrai que **tout ne peut être entrepris en même temps**, même si rien ne saurait être négligé pour parvenir à nos fins.

Nous procéderons à cette hiérarchisation **en nous appuyant sur les discriminants** que nous avons précédemment évoqués : l'importance de la recommandation quant à son incidence sur la détermination de l'ONDAM médicalisé, la faisabilité de cette recommandation, son effet d'entraînement et, enfin, la possible quantification de résultats à court terme.

Nous distinguerons les recommandations **d'ordre général**, ainsi que celles **attachées à chacun des leviers d'action** en les classant selon qu'elles concernent des actions correctrices ou des actions d'accompagnement.

Un tableau de synthèse regroupant l'ensemble des recommandations et mettant en évidence les acteurs à mobiliser figure en *annexe 4*.

Les recommandations d'ordre général

1° **Opter** pour une structure unique, placée auprès du Ministère de la Santé, chargée de conduire l'élaboration et le suivi de l'ONDAM médicalisé.

Il appartiendra, en particulier, à cette structure d'agréger les résultats quantifiés des actions correctrices conduites sous son égide.

Une Conférence Nationale de Santé, préalablement légitimée par un débat démocratique, et dotée d'un véritable exécutif distinct de l'organe délibératif, peut jouer ce rôle ; elle sera aidée, pour l'analyse des résultats chiffrés de l'évolution des dépenses de santé, par une structure technique extérieure aux acteurs de santé.

2° **Financer**, chaque année, une dizaine d'études, destinées à progresser dans l'approche des résultats quantifiés des actions correctrices volontaristes.

3° **Encourager** des études portant sur la synergie entre les différents déterminants fondamentaux de la santé publique, afin de mieux comprendre la construction des dépenses de santé.

4° **Préciser** le rôle de la représentation nationale qui se prononcerait :

- en amont, pour définir les objectifs et les priorités de santé publique, après un examen de l'état sanitaire de la nation, déterminant ainsi le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire « brute » des dépenses de santé, avant l'intervention des actions correctrices ;
- et en aval, lors de l'examen et du vote de la loi de financement de la Sécurité Sociale, après que la Conférence Nationale de Santé lui aura transmis son rapport, et après avoir pris en compte le contexte économique, ainsi que les arbitrages entre fonctions collectives, sur le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire « nette » des dépenses de santé, après l'intervention des actions correctrices.

5° **Accroître** la concertation dans l'élaboration et le suivi de l'ONDAM médicalisé ; c'est l'une des missions confiées à la Conférence Nationale de Santé et aux Conférences régionales de Santé.

6° **Elaborer** un collectif social rectificatif présenté à la représentation nationale dans l'hypothèse d'un dépassement manifeste des prévisions.

7° **Préconiser** une opposabilité de l'ONDAM médicalisé, pour la part faisant l'objet d'un engagement contractuel des acteurs de santé.

8° **Inscrire** l'ONDAM médicalisé, établi annuellement, dans des orientations pluriannuelles quantifiées contenues dans la loi quinquennale de programmation en santé publique.

9° **Décliner** l'élaboration et le suivi de l'ONDAM médicalisé sur le plan régional.

Les recommandations attachées à la coordination des soins

Les recommandations relatives aux actions correctrices

1° **Encourager** la coordination des soins en rationalisant le cheminement du patient dans le système de santé et en développant les réseaux de santé formalisés.

Il s'agira, en particulier, de mettre en évidence les notions de savoir-faire et de savoir être, indispensables au plein succès d'un réseau de santé.

2° **Elargir** le rôle du SROS, par une extension au domaine médico-social, voire à l'ensemble des soins de ville, par une prise en compte du « politique » en amont de son application et par la prise en considération valorisée des avis de la communauté scientifique.

3° **Optimiser** le transfert du patient dans le système de soins ; ce transfert doit devenir un moment fort dans le processus de soins, rationalisant les orientations par la création, dès l'entrée en court séjour, d'une fiche informatisée de transfert.

4° **Développer** la concertation et la contractualisation entre structures de soins par la promotion de la culture du contrat.

Une fongibilité accrue des enveloppes financières consacrées aux différents types d'hospitalisation (court séjour, SSR, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile) doit faciliter cette culture du contrat, en rendant possible, en particulier, certains transferts de postes entre structures.

Les recommandations relatives aux actions d'accompagnement

1° **Réduire** l'opacité du système de santé en mettant l'accent sur la nécessaire optimisation de son système d'information ; la poursuite de l'harmonisation des statistiques entre le public et le privé et la généralisation du codage des actes sont indispensables à court terme.

2° **Expérimenter** le principe de « discrimination positive » en matière d'implantation des professionnels de santé ; les actions conduites dans le domaine de la démographie médicale doivent être le fait d'une structure unique.

3° **Revaloriser** la santé publique et l'économie de la santé à l'Université.

4° **Rendre** plus attractive la formation continue des professionnels de santé qui fera plus de place aux recommandations pour la pratique clinique.

Les recommandations attachées à la responsabilisation des acteurs

Les recommandations relatives aux actions correctrices

1° **Lutter** contre les affections iatrogènes dont les infections nosocomiales à partir de la promotion d'aides à la prescription et d'un « intéressement » des établissements.

2° **Développer** des programmes de prévention primaire et secondaire s'appuyant sur les progrès de la médecine prédictive.

Il s'agit de valoriser le principe de « discrimination positive », en faveur des assurés, voire des professionnels, qui adhèrent aux programmes de santé publique.

3° **Encadrer** certains actes ou prescriptions, comme la visite, le générique ou l'antibiothérapie, à partir d'actions ciblées de communication et de procédures de discriminations tarifaires.

Les recommandations relatives aux actions d'accompagnement

1° **Encourager** l'accréditation des structures de soins par l'instauration de procédures budgétaires incitatives.

La qualité des soins et de la prise en charge doit y occuper une place plus importante.

2° **Généraliser**, conformément à la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003, la tarification à l'activité dès 2004 et **encourager** les recherches relatives à une tarification attachée au patient, à son cursus et à l'évolution de son état, plutôt qu'aux structures d'accueil elles-mêmes. De plus, les rémunérations au forfait, ainsi que la diversification de la tarification doivent être développées dans le cadre conventionnel pour les soins de ville.

3° **Accroître** la responsabilisation des patients en optimisant la pertinence des messages par des choix appropriés des lieux et des segments du public concernés.

4° **Encourager** les contrats de pratiques professionnelles tout comme les accords de « bon usage des soins », car ils signent le processus « vertueux » de certaines dispositions conventionnelles.

Les dispositifs concertés de certification et d'habilitation des professionnels de santé doivent être développés.

5° **Approfondir** la mise en place du dossier du patient pour favoriser la coordination des soins et la responsabilisation des intéressés.

Les recommandations attachées à l'évaluation des pratiques et des prestations

Les recommandations relatives aux actions correctrices

1° **Promouvoir** les recommandations pour la pratique clinique (RPC) et l'évaluation des pratiques professionnelles, en tant qu'action correctrice « de bout de chaîne », tant pour les soins ambulatoires que pour l'hospitalisation.

Il s'agit d'intervenir positivement aux trois niveaux que constituent leur conception, la communication dont elles doivent faire l'objet, et leur exécution.

2° **Suivre** les principales pathologies, sur le mode récemment proposé pour le cancer ; une approche transverse de ces pathologies à partir, par exemple, de l'imagerie médicale peut se concevoir.

3° **Suivre** les grands consommateurs atypiques, à partir de l'utilisation du système d'information des régimes d'assurance maladie.

Les recommandations relatives aux actions d'accompagnement

1° **Mieux coordonner** l'action des Agences nationales.

2° **Permettre** au Service Médical du régime général de jouer pleinement son rôle d'expert médical en le positionnant sur son cœur de métier.

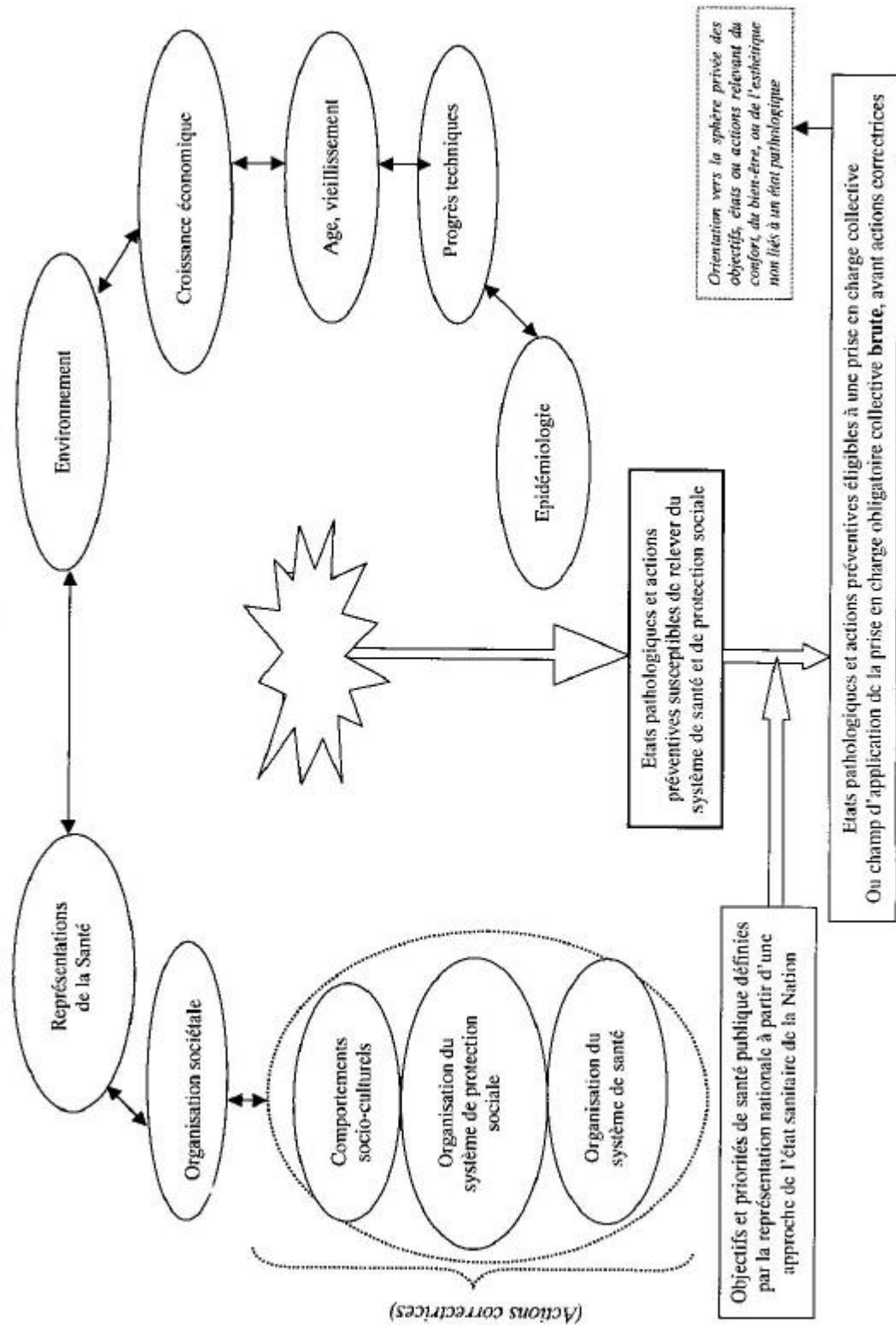
3° **Optimiser** l'organisation du régime général par une rationalisation de son réseau et par l'encouragement des liens relationnels entre cadres administratifs et praticiens conseils.

Pour les membres du groupe de travail, ces 31 recommandations sont applicables, pour la plupart, à court et moyen termes, et sont de nature à permettre, dès 2004, l'élaboration d'un ONDAM médicalisé crédible et légitime. Elles ont été hiérarchisées dans chacun des chapitres les concernant.

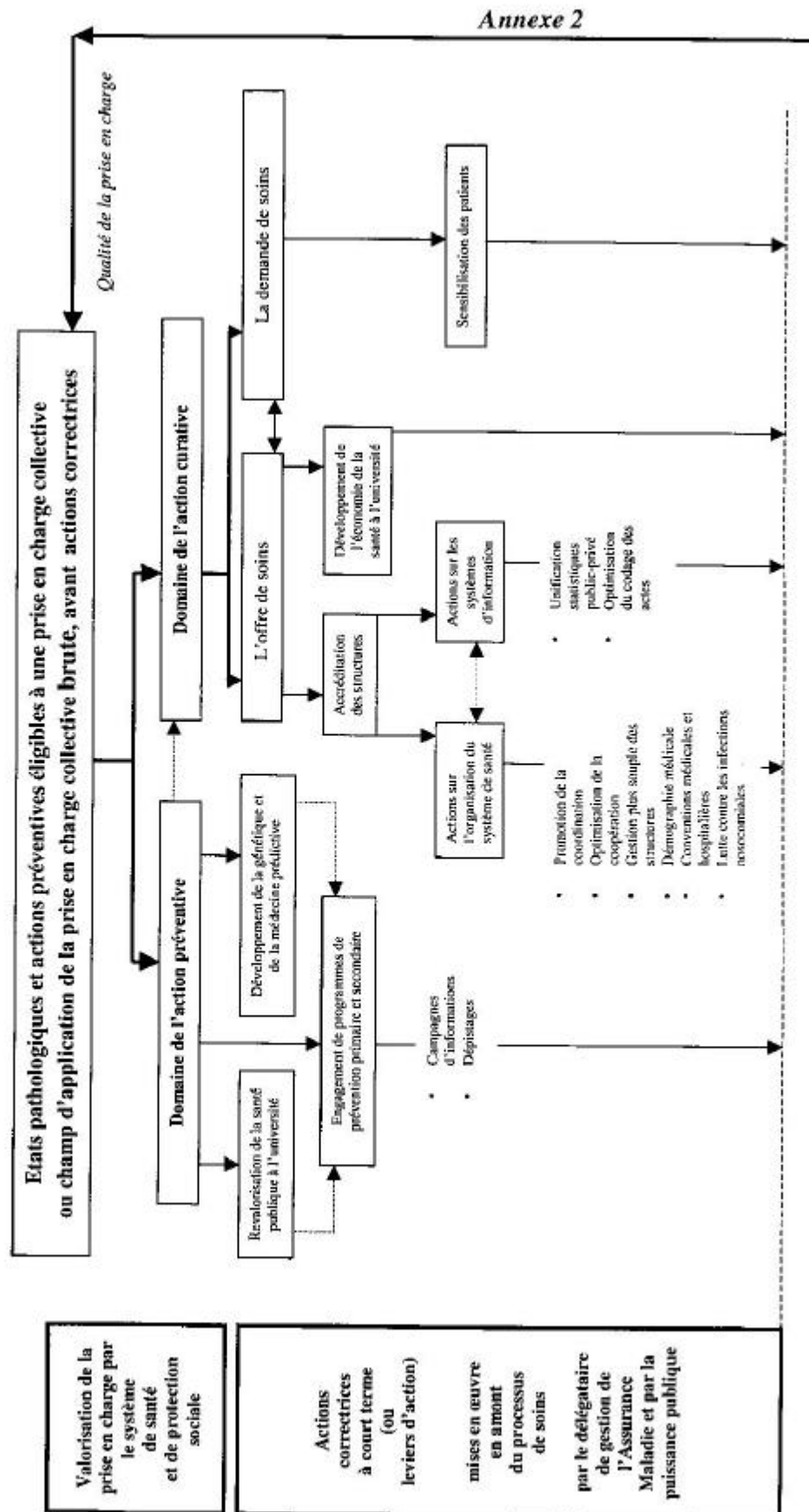
Enfin, le groupe de travail souligne que nombre de ces recommandations supportent parfaitement une expérimentation et que la plupart méritent bien évidemment, au travers de plans d'actions, un approfondissement dans le cadre de groupes de travail à créer à l'occasion des réflexions préalables à la réforme de notre système de santé et de protection sociale.

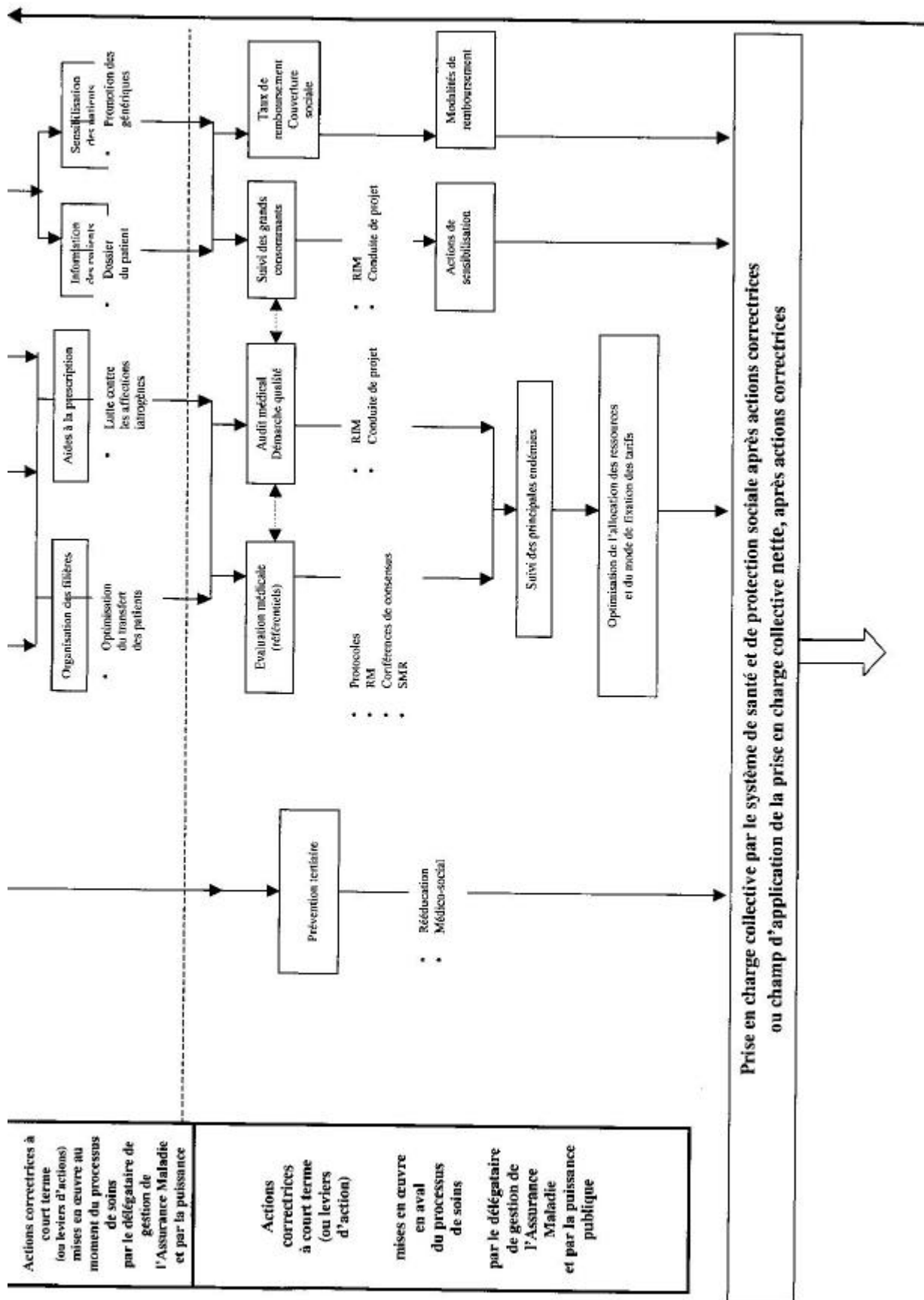


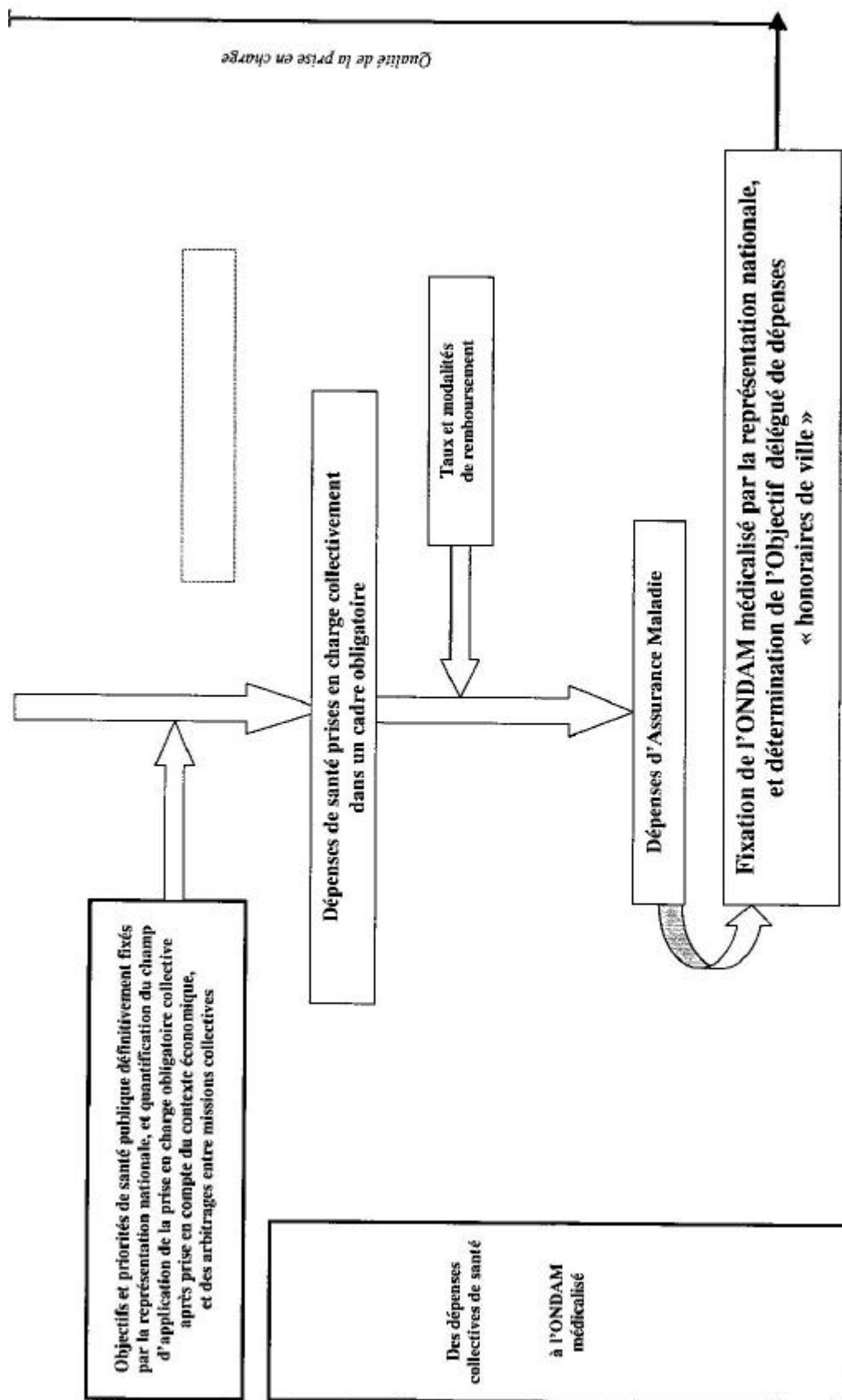
DES DETERMINANTS FONDAMENTAUX DES DEPENSES DE SANTE AUX ETATS PATHOLOGIQUES
ET ACTIONS PREVENTIVES ELIGIBLES A UNE PRISE EN CHARGE COLLECTIVE



DES ETATS PATHOLOGIQUES ET ACTIONS PREVENTIVES ELIGIBLES A UNE PRISE EN CHARGE COLLECTIVE A LA DETERMINATION D'UN ONDAM MEDICALISE







20 décembre 2002

Tableau canevas

LA CONCENTRATION DES DEPENSES

La concentration des dépenses : un premier constat

Les dépenses d'assurance maladie sont très fortement concentrées sur un petit groupe de consommateurs. Déjà mise en évidence dans des études antérieures, notamment sur des données de consommation médicale de l'année 1995⁴, cette situation n'apparaît pas avoir sensiblement évolué au cours des dernières années. Ainsi l'EPAS (échantillon permanent d'assurés sociaux) permet de prendre la mesure de l'importance de cette concentration en 2000.

Concentration des dépenses totales					
	Dépense moyenne (€)	%cumulé		%cumulé inverse	
		Dépenses	Population	Dépenses	Population
0%-5%	9	0%	5%	100%	100%
5%-10%	39	0%	10%	100%	95%
10%-15%	71	0%	15%	100%	90%
15%-20%	109	1%	20%	100%	85%
20%-25%	151	1%	25%	99%	80%
25%-30%	199	2%	30%	99%	75%
30%-35%	252	2%	35%	98%	70%
35%-40%	315	3%	40%	98%	65%
40%-45%	386	4%	45%	97%	60%
45%-50%	470	6%	50%	96%	55%
50%-55%	569	7%	55%	94%	50%
55%-60%	687	9%	60%	93%	45%
60%-65%	831	12%	65%	91%	40%
65%-70%	1 011	15%	70%	88%	35%
70%-75%	1 241	18%	75%	85%	30%
75%-80%	1 550	23%	80%	82%	25%
80%-85%	2 013	28%	85%	77%	20%
85%-90%	2 757	36%	90%	72%	15%
90%-95%	4 360	49%	95%	64%	10%
95%-100%	17 784	100%	100%	51%	5%

CNAMTS-DSE/DEPAS

Source : EPAS (1/600^{ème}) Régime Général (hors SLM) Métropole

Ainsi, 5% des consommateurs ont-ils, en 2000, eu des dépenses de santé⁵ qui représentent 51% des dépenses totales. Leur dépense moyenne (17784 euros) a été dix fois plus importante que celle d'un consommateur moyen (1740 euros). A l'inverse, les trois quarts des consommateurs n'ont généré que moins de 20% de l'ensemble des dépenses.

On connaît certaines caractéristiques de ce petit groupe, qui rassemble 5% de l'ensemble des consommateurs. Il n'est pas inutile de les rappeler ici :

⁴ Concentration des dépenses d'assurance maladie et montant des remboursements individuels – année 1995 – CNAMTS-DSE- janvier 1999

⁵ Les dépenses étudiées ici correspondent à la fois aux montants remboursables et aux dépassements. Elles concernent à la fois la médecine de ville et les séjours hospitaliers.

- Ces très forts consommateurs de soins sont en **premier lieu des personnes âgées**. Ils ont en moyenne 58 ans, alors que les consommateurs de soins du régime général ont en moyenne, quelle que soit l'importance de leurs consommations, 37 ans. La part des patients âgés de 75 ans et plus y est élevée : 29% contre 7% pour l'ensemble des patients.

- Ce sont ensuite des **personnes souffrant d'une affection de longue durée** : 64% d'entre eux sont dans ce cas, contre en moyenne 12%.

- Enfin, ce sont le plus souvent des **personnes qui ont dû être hospitalisées** : dans ce groupe, la dépense hospitalière moyenne est de 12788 (soit 72% de l'ensemble des dépenses), alors qu'elle est en moyenne de 788 euros, soit un peu moins de 50% de la dépense totale.

Ces trois caractéristiques sont bien celles d'une population dont les besoins de santé sont importants.

Caractéristiques des personnes ayant les dépenses de santé les plus importantes en 2000

Age	Répartition des patients	Part des hommes	Proportion de patients en ALD	Age moyen	Moyenne		
					Dépense totale (€)	Dépense de soins ambulatoires (€)	Dépense hospitalière (€)
0-14	7%	54%	42%	8 ans	24 088	3 147	20 941
15-29	8%	50%	41%	23 ans	21 059	2 603	18 456
30-44	14%	48%	52%	37 ans	17 808	4 382	13 426
45-59	18%	52%	63%	52 ans	18 168	5 180	12 989
60-74	24%	53%	72%	68 ans	16 352	5 558	10 794
75+	29%	37%	75%	83 ans	16 397	5 767	10 630
Ensemble (3 607 personnes)	100%	47%	64%	58 ans	17 784	4 995	12 788
Moyenne de l'échantillon (72 142 personnes)		46%	12%	37 ans	1 740	952	788

CNAMTS-DSE/DEPAS

Source : EPAS sélection de 3607 personnes, soit 5% des 72 142 personnes de l'échantillon protégées par le Régime Général (hors SLM) Métropole

Les questions qui se posent

Au delà de ce premier constat, quelques questions se posent pourtant. La première est celle de l'interprétation qu'il convient de donner aux chiffres qui mesurent cette concentration. Cette mesure est en effet très contingente à la période d'observation qui est retenue. Un exemple fera comprendre le problème. Si cette concentration était mesurée sur une semaine au lieu d'une année, elle apparaîtrait certainement beaucoup plus forte : sur une période de temps courte tout le monde ne consomme pas, et ce sont évidemment les personnes qui ont eu besoin de soins qui ont été soignées, que ce soit en ville ou à l'hôpital. A l'inverse, sur deux ans, cette concentration a toutes les chances d'être un peu plus faible, d'abord parce qu'on peut être malade une année donnée et bien ou mieux portant l'autre, ensuite parce que les dépenses de santé sont particulièrement fortes quelques mois avant le décès, et qu'on ne meurt évidemment pas chaque année.

En d'autres termes, la très forte concentration qui est mesurée par les chiffres précédents caractérisent moins des individus que des **groupes d'individus**. Ce sont les groupes qu'on caractérise en disant que certains sont plus que les autres composés de personnes âgées, en ALD, etc. ...

Naturellement, les individus en question peuvent changer de groupe au cours du temps. La question qui se pose naturellement est de savoir dans quelle mesure ils le font réellement. La réponse qui vient

immédiatement à l'esprit est liée à la perception intuitive que l'on a des effets du vieillissement progressif des générations. Ce vieillissement fait passer progressivement chaque individu d'un stade où il consomme peu à un autre où ses dépenses sont plus importantes. De plus jeunes viennent le remplacer et au total, la concentration des dépenses pourra être restée à peu près la même, même si les consommations les plus fortes ne sont plus le fait des mêmes individus.

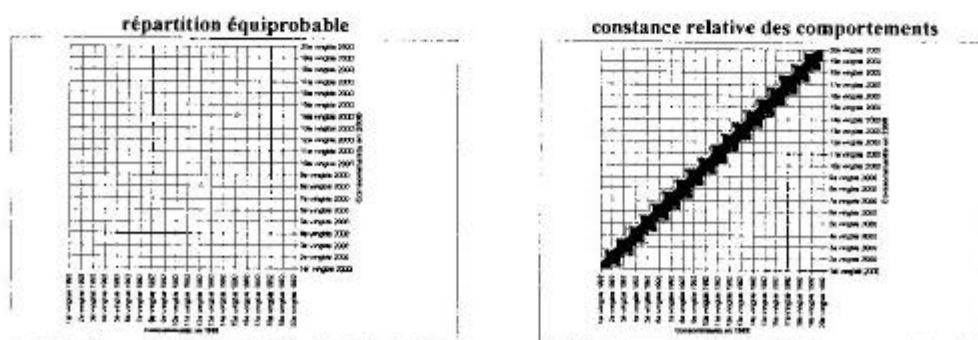
En d'autres termes, la concentration des dépenses reste stable au cours du temps, parce que la population se renouvelle en vieillissant : des personnes naissent et des personnes disparaissent. Qu'en est-il quand le groupe étudié est fermé, c'est-à-dire composé des mêmes personnes au début et à la fin de la période d'observation ? A un moment donné, ces personnes peuvent avoir des comportements de consommation différents de la moyenne du groupe auquel elles appartiennent : plus ou moins élevés. Relativement aux autres membres de leur groupe, ces personnes conservent-elles ce type de comportement ? Les faibles consommateurs du début restent-ils de faibles consommateurs à la fin, les forts consommateurs le sont-ils en permanence ? En bref, comment peut évoluer au fil des ans la consommation d'un individu relativement à celle de son groupe ?

Un essai de réponse (partielle)

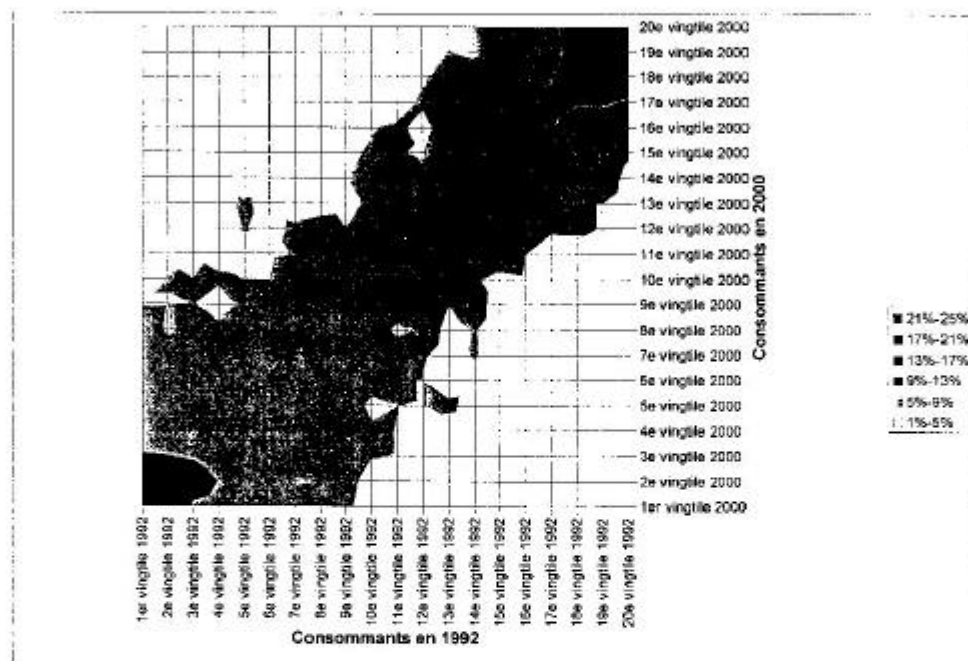
Pour cet exercice, on a choisi de travailler sur deux années, l'année 1992 et l'année 2000. Les personnes concernées ont donc été consommatrices de soins à la fois en 1992 et en 2000. Ce choix exclut bien entendu les personnes décédées (ou nées) entre 1992 et 2000. Seules des données très globales peuvent être rassemblées sur ces personnes : l'âge, le sexe, l'existence d'une affection de longue durée déclarée en 1992, la consommation totale de ces personnes en 1992 et en 2000.

Le principe de cette analyse est simple : la population étudiée est classée en 1992 en fonction de l'importance des consommations individuelles, par vingtile (un vingtile représente 5% de la population). Ainsi le premier vingtile regroupe les personnes dont les consommations sont les plus faibles en 1992, à l'inverse du dernier vingtile qui rassemble les plus gros consommateurs de 1992. Ce classement est refait à l'arrivée, en 2000. On s'intéresse au nombre de personnes qui sont passées d'un vingtile donné en 1992 à un autre vingtile (qui peut d'ailleurs être le même) en 2000. On peut représenter ces passages d'un vingtile à un autre sur un damier de 400 cases. Chacune de ces cases concerne les personnes qui sont passées d'un des quantiles de 1992 à l'un des vingt quantiles de 2000. La couleur de cette case est d'autant plus foncée que le nombre de personnes concernées est important.

Deux situations extrêmes sont possibles : dans le cas d'une répartition équiprobable, les personnes appartenant à un vingtile 1992 devraient se répartir dans les 20 quantiles 2000 de la même manière, i.e. 5% de ces patients devraient se retrouver dans chaque vingtile 2000 (d'où un graphique uniforme). Dans le cas inverse, celui d'une rigidité relative des comportements de consommation, les patients d'un vingtile 1992 devraient se retrouver dans le même vingtile 2000 (d'où une représentation d'une telle stabilité des comportements suivant une diagonale).



La réalité est beaucoup plus mitigée. Le graphique ci-dessous montre que les personnes qui appartenaient aux deux premiers vingtiles de dépenses en 1992 se retrouvent très largement dans les premiers vingtiles de 2000, c'est-à-dire que les faibles consommateurs de 1992 sont aussi de faibles consommateurs en 2000. A l'opposé, les plus gros consommateurs de 1992 sont dans l'ensemble de gros consommateurs en 2000, même s'ils ne restent pas forcément, loin de là, dans le groupe des plus gros consommateurs. Entre ces deux extrémités, les patients se répartissent autour de la diagonale : les personnes changent fréquemment de vingtile de consommation entre 1992 et 2000 mais restent en général dans des vingtiles voisins.

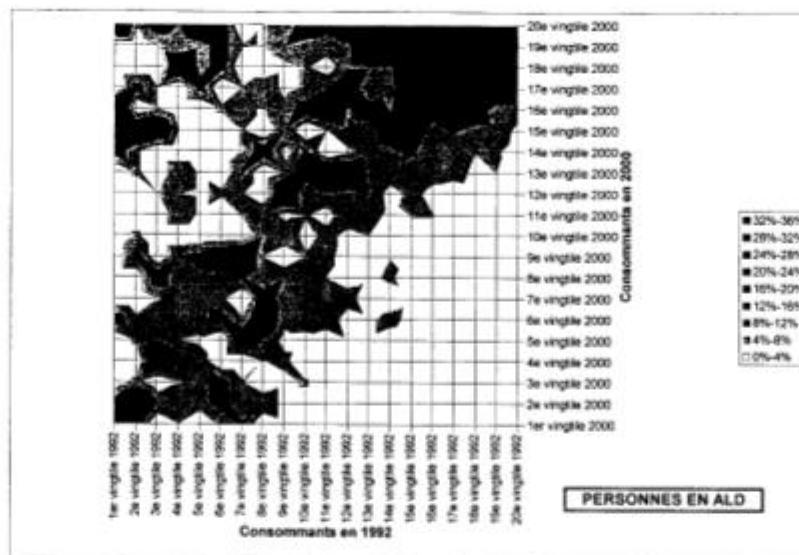


Lecture du graphique : entre 9% et 13 % des patients du 1er vingtile de dépenses 1992 se trouvent dans le 1er vingtile de dépenses de 2000 (représenté en bleu profond sur le graphique). Entre 21% et 25 % des patients du dernier vingtile de dépenses 1992 se trouvent dans le dernier vingtile de dépenses de 2000 (représenté en bleu très sombre sur le graphique). Entre 5% et 9 % des patients du dixième vingtile de dépenses 1992 se retrouvent dans les troisième, quatrième, et sixième à douzième vingtile de dépenses de 2000 (représenté en bleu clair).

Les personnes souffrant d'une affection de longue durée en 1992 et les personnes âgées

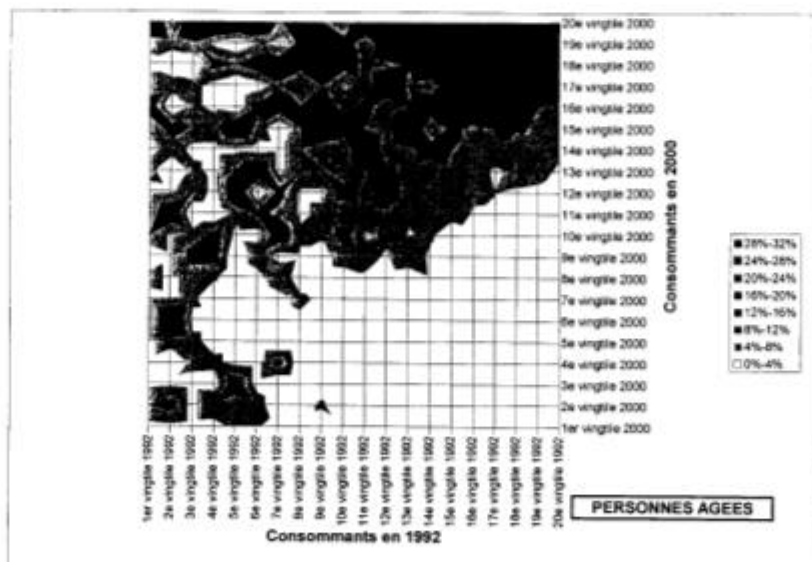
Le même exercice (ou presque) peut être fait pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée depuis 1992. (Il s'agit ici des patients les moins mal portants parmi tous ceux qui souffraient d'une affection de longue durée en 1992, puisqu'ils sont toujours en vie en 2000).

Il s'agit là encore de voir comment se distribuent ces patients en fonction du vingtile de consommation auquel ils appartenaient en 1992 et des vingt quantiles possibles de 2000.



Entre 1992 et 2000, l'état de santé (s'il est bien mesuré par la consommation médicale) des personnes en affection de longue durée s'est dégradé plus vite que celui de l'ensemble de la population étudiée (celle du graphique précédent) : c'est le cas, notamment des personnes qui, bien qu'en affection de longue durée en 1992, étaient de relativement faibles consommateurs. Certaines ont gardé les mêmes caractéristiques, mais beaucoup ont rejoint en 2000 le groupe des forts consommateurs.

La même constatation peut être faite pour les personnes âgées : on a retenu ici les personnes qui avaient 65 ans ou plus en 1992 (et qui ont donc 73 ans ou plus en 2000).



(ENCART) Quelques éléments d'information sur la population étudiée

Source : EPAS (1/1200^{ème})

Champ : On étudie les personnes qui sont présentes et qui ont consommé en 1992 et en 2000

Les concentrations de dépenses calculées par la suite sont basées sur la dépense totale engagée (soins de ville et soins hospitaliers)

Taille de l'échantillon : 21 965 personnes protégées par le Régime Général (hors SLM) de France métropolitaine, qui sont présentes pendant la période d'étude sans modification de leurs caractéristiques.

NB : Dans cette étude, ne sont donc pas prises en compte les personnes qui sont nées ou bien décédées entre ces deux dates, celles qui sont en affection de longue durée en 1992 et pas en 2000 et vice-versa.

Caractéristiques générales de cette population présente chacune des deux années étudiées

Age	Répartition des patients	Proportion d'hommes	Proportion de patients en ALD	Age moyen	Moyenne annuelle en euros		
					Dépense totale	Dépense de soins ambulatoires	Dépense hospitalière
0-14	22%	52%	2%	6	641	293	348
15-29	20%	46%	4%	22	960	421	539
30-44	24%	46%	6%	37	1078	584	493
45-59	14%	47%	14%	52	1561	892	669
60-74	13%	43%	26%	66	2351	1300	1051
75+	6%	32%	44%	82	3698	1851	1847
Ensemble	100%	46%	11%	36	1350	700	650

Caractéristiques de ces personnes en fonction de l'importance de leurs dépenses (soins de ville et soins hospitaliers) en 1992 (elles sont classées par vingtième de dépense).

	Dépense moyenne (euros)	Proportion d'hommes	Proportion en ALD	Age moyen	part des 0 à 4 ans	part des 75 ans et plus
0%-5%	14	54%	1%	24	14%	1%
5%-10%	38	56%	2%	25	13%	1%
10%-15%	63	55%	2%	25	13%	1%
15%-20%	91	54%	2%	27	9%	1%
20%-25%	123	51%	2%	26	12%	1%
25%-30%	159	54%	2%	27	11%	1%
30%-35%	200	50%	3%	27	11%	1%
35%-40%	246	49%	3%	29	11%	1%
40%-45%	299	49%	4%	30	10%	2%
45%-50%	361	46%	5%	32	8%	3%
50%-55%	436	44%	4%	33	9%	3%
55%-60%	524	44%	7%	37	7%	4%
60%-65%	634	43%	9%	38	6%	4%
65%-70%	773	40%	11%	41	6%	7%
70%-75%	955	39%	13%	44	5%	9%
75%-80%	1 197	39%	17%	46	4%	11%
80%-85%	1 552	40%	21%	48	3%	12%
85%-90%	2 117	34%	24%	49	3%	12%
90%-95%	3 319	35%	29%	51	3%	15%
95%-100%	13 894	44%	55%	54	3%	24%
Ensemble	1 350	46%	11%	37	8%	6%

Types d'actions	Nature opérationnelle	Types des mesures				Dépense des acteurs impliqués			
		Actions correctrices (impulsion politique)	Accompagnement (durée)	Politiques	Institutions	Professionnels	Patients		
Décisions politiques Ordre général	Préciser le rôle de la représentation nationale	++++		++++	+++				
	Structure unique de suivi de l'ONDAM médicalisé	+++		++					
	Financer études pour actions correctrices	+++		+	++	++			
	Financer études sur synergie des déterminants		++	+	++	++			
	Accroître concertation dans élaboration et suivi de l'ONDAM	++	++		++	++	++		
	Prévoir opposabilité de l'ONDAM sur partie réformable	+++		++	++	++			
	Prévoir déclinaison régionale		++	+					
	Revaloriser enseignement Santé Publique et économie de santé	++		++					
	Instaurer une coordination des agences nationales	+++		+++					
	Inscrire ONDAM dans orientations pluri-annuelles	+++		+++	+++				
Coordination des soins	Elaborer collectif social recitificatif en cas de dépassement	++++		++++	++				
	Rationaliser cheminement patient dans les réseaux	++	++		+	+++	++		
	Optimiser processus de soins grâce à fiche informatique de transfert attachée au patient	+++	++		+++	+++			
	Approfondir mise en place du dossier du patient	+++	++		+++				
	Élargir le SROS au médico-social	+++			+++	+			
	Développer concertation et contractualisation	++++	++		+++	+++	+		
	Introduire transparence par optimisation système d'info	++	++++		++++				
	Introduire discrimination positive sur démographie médicale	++		+++		++			
	Engager mise en œuvre de nouveaux modes de tarification	++		+++		++			
	Renforcer lutte contre infections nosocomiales	++	++			++			
Responsabilisation des acteurs	Développer prévention primaire et secondaire	+++	++		+++	+++	+++		
	Encadrer certains actes ou prescriptions	+++	+++			+++	+++		
	Encourager accréditation par procédures budgétaires incitatives	++	++			++			
	Accroître la responsabilisation des patients	+	++		++		+++		
	Promouvoir recommandations pour la pratique clinique	+++	++	+	++	+++			
	Encourager les contrats de pratique professionnelle	++	++			+++			
Évaluation des pratiques	Développer approche transversale par pathologie	+			++	+++			
	Suivre les grands consommateurs	+	+		++	+	++		
	Rendre plus attractive la formation médicale continue	+	++	++		++			
	Améliorer expertise médicale des caisses	+	+	++	+++	+			
	Améliorer le service à l'assuré par meilleure collaboration médico-administrative des caisses	+	+		++		++		++

Afin de gagner en lisibilité, ce tableau synoptique représente les différentes propositions (31) par grande rubrique de type d'action (ordre général, coordination des soins, responsabilisation des acteurs, évaluation des pratiques). La typologie par action *correctrice* et *action d'accompagnement* était de les placer en abscisse.

Une dimension supplémentaire peut même être donnée au tableau en imaginant les cibles potentiellement concernées par les différents sujets et donc à mobiliser préférentiellement.

Ainsi constitué, et avec les éléments de pondération proposés, le tableau présente d'une manière synoptique les enjeux de l'action, en définit les modalités opérationnelles reprises dans le document, et fixe l'intensité de l'effort initial ou de la poursuite de l'action. Chaque acteur concerné peut aussi, de son angle de vue, juger des modalités le concernant, s'attacher à définir les priorités qui lui paraissent pertinentes et peut même repérer des acteurs potentiellement associés à l'action et donc susceptibles d'être contactés.