

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
COULOMB Alain - ANAES
DECALF Yves – CSMF
DECISIER Donat - CGT
DIB Djamel – FMF
HOGUET André – CFTC
LANCRY Pierre-Jean – CNAMTS
LENGLART Fabrice – Ministère des Finances
LEMOINE Bernard – SNIP
PARPAILLON Eric – Ministère des Affaires Sociales
RICCI Alain – Alliance
RIFFARD Georges – FEHAP
VAVASSEUR Sabine – FO
VLEMINCKX Jacques – CNPS
WEBER Monique – CFE/CGC
YZERMAN Jean-Marc – FSPF
ZAMICHIEI Marc – Fédération des Mutuelles de France

Suppléant : TESMOINGE Armand

Suppléante : Mme BELLOIR FURTER

Suppléante : MOREAU Bernadette
Suppléante : GOBIN Maud
Suppléant : LANGLOIS Jean-Marie

Suppléant : CASTRA Laurent

Suppléante : TALOWSKI Claire

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 FONDATEMENTAUX 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
COMPORTEMENTS 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.

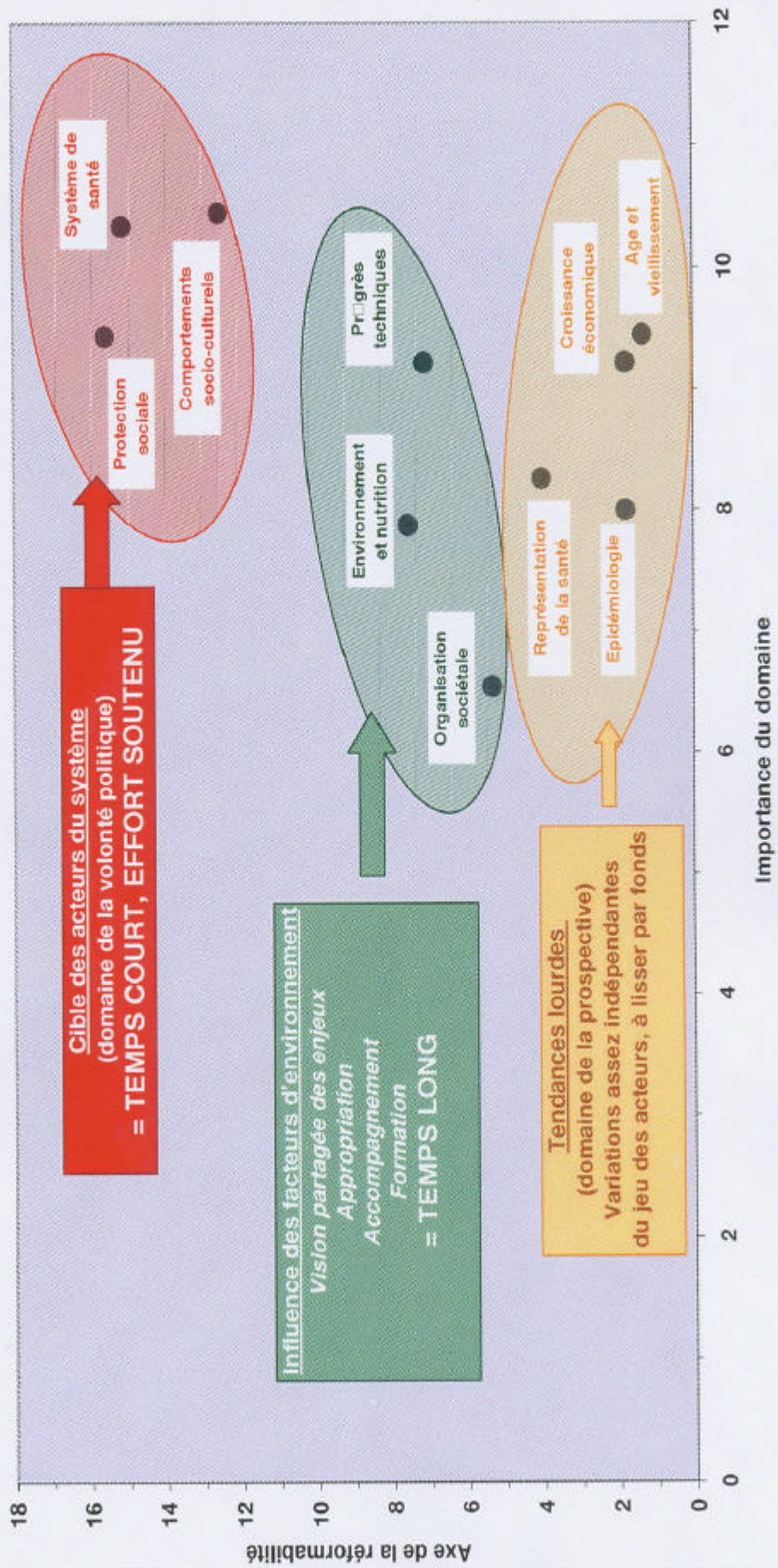
Une représentation graphique de la matrice de compatibilité précitée figure à la page suivante.

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'additionner 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.