

# **Rapport d'étape des travaux du HCAAM sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé**

**25 juin 2020**



## Table des matières

.....	1
Introduction.....	4
1. Les limites du cadre de régulation actuel.....	6
Les différentes dimensions de la régulation .....	6
Un primat donné progressivement à la dimension budgétaire annuelle de la régulation .....	7
Les limites de l’approche annuelle .....	8
Les limites de l’ONDAM.....	9
2. Les objectifs d’un cadre de régulation renouvelé, la question des priorités de santé .....	16
3. Les enjeux d’un cadre de régulation renouvelé .....	18
Améliorer l’accessibilité des soins.....	18
Améliorer la répartition des tâches et la gradation des soins .....	18
Accroître la pertinence des soins .....	19
Davantage mobiliser l’analyse médico-économique .....	20
Partager l’information entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour une coordination des soins.....	20
Organiser la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles .....	20
4. Développer les analyses prospectives.....	21
Perfectionner les méthodologies de projections d’activité et de dépenses.....	21
Renforcer les capacités d’analyse des déterminants de l’accroissement de la demande de soins..	22
Compléter les projections d’activité et de dépense par une prospective sur les ressources humaines .....	23
Développer des approches par segment semi quantitatives permettant d’identifier et promouvoir les innovations.....	24
5. Mettre en place une régulation médicalisée sur certains segments de l’offre et certaines pathologies .....	26
Les travaux engagés par le HCAAM visent à proposer des prototypes d’une telle régulation par projet sur plusieurs segments .....	28
Quel impact sur le découpage de l’ONDAM ?.....	32
6. Utiliser les outils de la régulation à bon escient .....	35
Du bon usage des outils de planification .....	35
Du bon usage de l’outil tarifaire.....	35
Aligner les incitations des modes de financement des offreurs avec les objectifs visés .....	36
Le développement des indicateurs de qualité : un enjeu crucial.....	37

7. Bien identifier les différents niveaux géographiques de la régulation et poursuivre la territorialisation de la politique de santé.....	39
ANNEXES.....	44
Annexe 1 : Pourquoi réguler le système de santé ?.....	45
Annexe 2 : Bref historique de la régulation mise en œuvre dans les principaux domaines .....	47
Annexe 3 : Comparaisons internationales d'indicateurs épidémiologiques.....	51
Annexe 4 : Exemples étrangers de modèles de prospective en matière de ressources humaines de santé.....	56
Annexe 5 : <i>Focus</i> sur le modèle de planification médicale des ressources humaines mis en place par les Pays-Bas .....	59
Annexe 6 : Principales limites des modèles quantitatifs de prospective des ressources humaines recensées dans le rapport de l'OCDE .....	62
Annexe 7 : Les travaux prospectifs d'Unicancer .....	64
Annexe 8 : Les écueils de la liste des médicaments facturés en sus des GHS.....	68
Annexe 9 : Problèmes soulevés par la gestion des nomenclatures de biologie médicale.....	74
Annexe 10 : Décentraliser les financements : les questions soulevées par la régionalisation de l'ONDAM.....	80
Annexe 11 : Présentation de la cartographie médicalisée de la CNAM.....	82

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a engagé une réflexion sur la régulation du système de santé. Ce travail paraît encore plus d'actualité alors que le système de soins est mobilisé contre la COVID-19.

L'adaptation du système de soins et la mobilisation de toutes les catégories de professionnels face à l'urgence ont été remarquables, preuve, s'il en était besoin, de la compétence, de l'expertise et de l'esprit de service au public de tous les acteurs du système, quel que soit leur statut. Mais dans le même temps, la crise a exacerbé certaines faiblesses déjà identifiées de longue date, notamment en matière de défauts de coordination et de complexité de la gouvernance.

En outre, dans le secteur de la santé, les mesures de lutte contre la propagation du virus se traduisent et vont continuer de se traduire par une réduction des capacités disponibles pour d'autres pathologies et une augmentation des coûts unitaires de production. Dans ces conditions, la question de l'évolution de l'organisation du système de santé, de ses modalités de régulation et de sa gouvernance ne s'est sans doute jamais posée avant autant d'acuité. Ce rapport constitue une étape dans un travail devant se poursuivre dans les prochains mois ; il dresse des pistes, pose des principes ; la suite des travaux doit les décliner sur quelques exemples.

La régulation du système de santé, rendue nécessaire par de nombreux facteurs (annexe 1), repose aujourd'hui excessivement sur le vote annuel de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et la discussion sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et les moyens d'en garantir le respect. L'ONDAM n'est pas un problème en soi, mais le devient s'il est considéré comme le réceptacle de toute la politique du secteur et si sa gestion se contente d'ajouter des mesures sectorielles sans cohérence globale<sup>1</sup>.

Un cadre de régulation excessivement annualisé peut en effet venir freiner les innovations et les nécessaires politiques structurelles à mener, voire s'avérer contre-productif en s'aliénant le concours des acteurs de soins alors que ces derniers sont souvent engagés dans des actions de qualité et d'efficacité (par exemple la politique d'achat des établissements de santé).

Pour améliorer les procédures de régulation et développer une vision systémique tout en préservant le principe d'un encadrement des dépenses de soins, il convient :


- De distinguer ce qui relève d'une part, des politiques structurelles et des objectifs de santé<sup>2</sup>, et d'autre part ce qui relève des ajustements budgétaires annuels (mesures de gestion courante, ajustements ponctuels...) ;
- De gérer les programmes de réorganisation dans le cadre d'autres outils de régulation, prospectifs, pluriannuels, l'ONDAM devenant un outil parmi d'autres, de gestion conjoncturelle.

Pour ce faire, le HCAAM propose d'adopter un nouveau cadre de régulation fondé sur :

---

<sup>1</sup> Certains observateurs les qualifiant de fait de « rabot ».

<sup>2</sup> Par exemple le développement de la chirurgie ambulatoire ou la réorganisation des soins en santé mentale, ou encore l'introduction d'une prise en charge globale coordonnée pour les polyopathologies.

- 
- Un traitement particulier pour certaines catégories de dépenses (prévention, prises en charge d'urgences vitales, recherche, investissements, médico-social...), qui feraient l'objet de mesures spécifiques de régulation et seraient soustraites des mesures conjoncturelles sur les prix ou les dotations ;
  - Le renforcement des capacités d'analyse prospective et de veille, en tant qu'outils d'anticipation, d'aide à la décision et d'accompagnement de la régulation pluri-annuelle ;
  - La gestion par projet, sur certains objectifs médicalisés (par segment de l'offre ou par pathologie), s'appuyant en particulier sur des outils d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins ;
  - Une évolution de la gouvernance de la régulation. Ce rapport ne traite que partiellement de ces questions de gouvernance, notamment nationales, mais s'inscrit dans le fil des réflexions précédentes du HCAAM, selon lesquelles le niveau national doit fixer les orientations stratégiques mais n'a pas à intervenir dans la gestion directe des dispositifs de régulation, dont le pilotage relève du niveau régional dont les moyens doivent être ajustés en conséquence. La mise en œuvre, les arbitrages concrets doivent se faire au niveau territorial, rompant ainsi avec un processus exclusivement descendant mais tout en veillant au respect du principe d'égalité et à la mise en œuvre de péréquations des moyens nécessaire entre territoires. Il s'agit de laisser davantage de place aux initiatives territoriales et à la vie démocratique, à la fois politique, sanitaire et sociale, dans le cadre général défini au plan national. Ceci s'accompagne d'une ardente obligation de simplification. Ces questions relatives à la gouvernance nationale, à la répartition des rôles entre les différents niveaux territoriaux, aux outils de la régulation et aux modalités d'organisation des soins (par exemple sur les dispositifs de coordination, ou de maintien à domicile des personnes âgées fragiles, etc.) ne sont pas détaillées dans ce rapport, mais seront approfondies ultérieurement.

## 1. Les limites du cadre de régulation actuel

### Les différentes dimensions de la régulation

Un système cohérent de régulation du système de santé doit comporter quatre volets principaux :

- Régulation de la morbidité et de la mortalité prématurée évitable, en particulier via les actions de prévention, la maîtrise de l'exposition aux facteurs de risque et la promotion de la santé, selon l'optique « la santé dans toutes les politiques » ;
- Régulation de la qualité et de la pertinence des soins ;
- Régulation de l'offre de soins et de son organisation, dans une perspective dynamique ;
- Régulation des dépenses (i.e. en particulier des prix des services, produits et prestations).

En France, de nombreux acteurs interviennent pour couvrir l'ensemble de ces dimensions (tableau 1).

**Tableau 1** : les acteurs et outils de la régulation de la santé en France.

Volets de la régulation	Principaux acteurs	Principaux outils
Régulation de la morbidité et de la mortalité prématurée évitable	Direction générale de la santé (DGS) Santé Publique France Institut national du cancer (INCa) Assurance maladie Agences régionales de santé (ARS) Collectivités territoriales Tous les autres ministères	Actions sur les déterminants de santé « La santé dans toutes les politiques » (Comité interministériel pour la santé), Campagnes de prévention (mass média, réseaux sociaux, actions de proximité), éducation pour la santé, définition de normes, taxes, dépistages nationaux
Régulation de la qualité et de la pertinence des soins	Haute autorité de santé (HAS) Assurance maladie ARS	Certification Accréditation Recommandations de bonnes pratiques Contrôles par service médical Paiement à la qualité Diffusion publique d'indicateurs de qualité/ satisfaction
Régulation de l'offre de soins	Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Assurance maladie ARS	Projet régional de santé (PRS) Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) Procédures d'autorisations Réglementation « normative » Aides à la contractualisation
Régulation des dépenses / prix	Direction de la sécurité sociale (DSS) DGOS, Assurance maladie ARS Comité économique des produits de santé (CEPS)	Vote de l'ONDAM, découpage par segments « Plan ONDAM », gestion du risque Politique tarifaire



## Un primat donné progressivement à la dimension budgétaire annuelle de la régulation

Avant 1996, on peut dire que deux piliers constituaient le système de régulation :

- Une politique de planification des soins, faisant appel en particulier à des normes quantitatives de ressources (carte sanitaire) et aux premiers schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ;
- Une politique de régulation des dépenses, avec des politiques sectorielles, notamment la mise en place de quelques enveloppes fermées, en biologie et pour l'hospitalisation privée (objectif quantifié national (OQN), institué en 1991) ; des OQN avaient aussi été testés pour les infirmiers et les kinésithérapeutes libéraux. L'hôpital public était de son côté géré dans une enveloppe fermée de fait *via* la dotation globale de fonctionnement. Le financement était plus ou moins équilibré au gré des plans d'économies (plans Barrot, Séguin...).

Le principe d'une LFSS a été institué suite au plan Juppé relatif à l'assurance maladie de novembre 1995. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes. Dans la période antérieure, le gouvernement procédait de même, la nouveauté résidant ici dans le droit de regard du Parlement sur l'équilibre financier de la Sécurité Sociale. Celui-ci peut dorénavant se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de Sécurité sociale, et sur leurs modes de financement. A noter que la loi organique du 2 août 2005 a réformé la LFSS. Elle en modifie la présentation en la rapprochant de celle des lois de finances et élargit les pouvoirs du Parlement<sup>3</sup>.

Comme le souligne le rapport du Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFIPS) de 2019 sur les LFSS, *« les lois de financement de la sécurité sociale se sont imposées très rapidement après leur création en 1996 comme la clé de voûte du pilotage financier de la sécurité sociale. Elles mobilisent l'essentiel du temps – sauf grande loi de réforme – que consacre le Parlement à la sécurité sociale, elles rythment le travail des administrations, des cabinets ministériels, et le dialogue entre l'exécutif et le législatif. »* On peut dès lors s'interroger sur la pertinence de cette situation, une loi budgétaire annuelle ne paraissant pas le meilleur support pour développer une stratégie de moyen terme.

Ceci étant, quelques lois de réforme de l'organisation des soins sont venues s'ajouter aux LFSS : en 2004 (loi relative à l'assurance maladie), 2009 (loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires), 2016 (loi de modernisation de notre système de santé) et 2019 (loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé). Cela a débuté en particulier avec la mise en place du médecin traitant et du parcours de soins coordonné (loi du 13 août 2004). La loi de 2009 est notamment marquée par la création des Agences régionales de santé (ARS), en charge de définir pour 5 ans le projet régional de santé (PRS). La loi de 2016 a mis en place les Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Et celle de 2019 prévoit plusieurs mesures de réorganisation structurelle du système, en donnant une impulsion importante au mouvement de création des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en prévoyant de labelliser de nombreux hôpitaux de proximité,

---

<sup>3</sup> « avec l'affirmation d'un corpus financier spécifique, à côté de celui régissant les finances de l'État, une attention centrée sur l'équilibre financier, avec un pilotage par les soldes de chaque branche en sus du pilotage par les objectifs de dépenses, une approche pluriannuelle cohérente avec les nouvelles modalités de pilotage des finances publiques, un remboursement intégral de la dette sociale accumulée et un strict encadrement des transferts de dette à l'organisme en charge de la gestion du remboursement de cette dette, une approche plus aboutie des dépenses, via la possibilité de décliner les objectifs de dépenses en sous-objectifs, la mise en place d'une démarche objectifs-résultats dans le cadre de programmes de qualité et d'efficience, et des éléments d'information renouvelés. » (Rapport HCFIPS, 2019)



dans une optique de gradation des soins. Elle introduit la notion de projet territorial de santé qui a vocation à décloisonner les secteurs de ville, hospitalier et médico-social.

Pendant de nombreuses années, l'ONDAM voté par le Parlement était dépassé. En conséquence, des dispositifs plus contraignants ont été instaurés suite au rapport piloté par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie (avril 2010), avec une procédure d'alerte infra-annuelle (avec obligation de prendre des mesures correctrices si le comité d'alerte le juge nécessaire), et des provisions prises en début d'année sur certaines dotations, reversées en cours d'année aux acteurs concernés (essentiellement les établissements de santé) seulement si la trajectoire des dépenses est conforme à la prévision (cf. plus loin).

En outre, en 2012, *« face au constat d'un déficit persistant de l'assurance-maladie et d'une progression soutenue de la dépense de santé malgré des efforts d'économie récurrents et sans cesse croissants, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont été saisies d'une mission tendant : d'une part, à analyser la tendance de moyen et long termes de l'ONDAM, afin de déterminer le montant total d'économies à réaliser chaque année pour atteindre l'objectif de progression fixé par le gouvernement ; d'autre part, à analyser les changements à apporter à l'organisation de l'offre de soins à court et moyen termes et toutes mesures permettant de maintenir le rythme d'évolution des dépenses de santé dans la limite fixée par le gouvernement jusqu'en 2017. »* Ce rapport<sup>4</sup> a été le démarrage des mesures dites du « plan ONDAM » établissant un catalogue de mesures permettant de réaliser des économies par rapport au tendancier estimé de la dynamique des dépenses. Le type de mesures en jeu n'est pas en soi nouveau, rappelant les actions de gestion du risque de l'assurance maladie, mais le fait de les rassembler dans un plan décliné au plan régional, impliquant les ARS, leur donne une dynamique supplémentaire. S'y adjoignent des baisses de tarifs sur les médicaments, les dispositifs médicaux, ainsi que sur les actes de radiologie et de biologie.

De fait, chaque année, des « économies » sont prévues au titre des thèmes suivants : efficacité de la dépense hospitalière, pertinence des pratiques médicales et des prescriptions, rémunération des produits de santé à leur juste prix et développement des génériques, accroissement du recours aux soins en ambulatoire.

Les LFSS ne constituent pas le seul vecteur de la politique de régulation du système de santé (voir annexe 2). Mais force est de constater que dans certains domaines, elles conditionnent l'essentiel de la réglementation. Ainsi en est-il pour les médicaments ou les transports sanitaires. Dans de tels domaines, il est difficile de retracer les objectifs de la politique menée dans le moyen terme puisqu'ils apparaissent sous-jacents aux mesures ponctuelles prises chaque année dans les LFSS.

### Les limites de l'approche annuelle


Le seul raisonnement annuel sur le flux (i.e. le taux d'augmentation des dépenses d'assurance-maladie) n'est pas satisfaisant dans la mesure où certes il consiste à accroître (en euros courants) les ressources mises dans le système de santé, essentiellement pour reconduire les moyens existants et tenir compte de la progression de la demande liée aux facteurs démographiques, mais il ne remet pas en débat l'adéquation du niveau antérieur de dépenses, même s'il n'est pas possible de déterminer dans l'absolu le « bon » niveau des dépenses de santé au regard des « besoins », ne serait-ce que du fait de la difficulté de mesurer ceux-ci (voir encadré 2)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> IGAS-IGF, Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017

<sup>5</sup> Par ailleurs, il faudrait mener cette réflexion dans une approche globale de la dépense publique, comparant le « rendement », en termes d'état de santé de la population et d'inégalités de santé, d'un euro affecté à des





Par ailleurs, en période de transition, au moment où il faut investir dans la structuration des soins de premier recours, il peut s'avérer nécessaire, temporairement, de prévoir des dépenses supplémentaires à ce titre. A ceci s'ajoutent bien-sûr les dépenses exceptionnelles liées à la lutte contre la COVID-19 par exemple.

Dans le secteur hospitalier, jusqu'à la conclusion du protocole d'accord sur la pluri-annualité du financement des établissements de santé entre l'Etat et les Fédérations hospitalières en février 2020, des sommes étaient prélevées en début d'année pour garantir le respect de l'ONDAM annuel (600 millions dans la LFSS 2019, soit 0,3% de l'ONDAM), via des préemptions sur les dotations (Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), Dotations annuelles de financement (DAF)...) ainsi que sur les tarifs (coefficient prudentiel de -0,7% en 2019 comme en 2018, s'appliquant aux tarifs en Médecine, chirurgie obstétrique (MCO). En fin d'année, sur la base des constats de dépenses réelles, tout ou partie de ces sommes préemptées étaient « rendues » aux établissements, en décembre, voire en janvier de l'année suivante (à charge pour les établissements d'imputer ces recettes sur l'année N). En mars 2019, il a même été restitué aux établissements un montant supplémentaire de 300 millions d'euros pour tenir compte des volumes d'activité notoirement inférieurs aux prévisions ; là aussi, il a été demandé aux établissements d'imputer ces millions sur l'année N<sup>6</sup>.

Entre autres conséquences de ces mécanismes, les établissements de santé ne disposent d'aucune visibilité sur leurs recettes, ce qui rend les exercices budgétaires difficiles à gérer (et le formalisme de la procédure budgétaire demande aux établissements de produire des comptes prévisionnels 4 mois avant qu'ils connaissent les tarifs de Groupes homogènes de séjours (GHS) et 12 mois avant qu'ils puissent déterminer le montant total de leurs dotations).

### Les limites de l'ONDAM

Chaque année, lors du vote de la LFSS, est fixé le montant de l'ONDAM. Il est réparti en sous-enveloppes : soins de ville, établissements de santé, médico-social, Fonds d'intervention régional (FIR) et autres. Une évolution tendancielle est calculée et le différentiel entre ce tendanciel et le taux de croissance voté de l'ONDAM (pour 2019 : +2,5%) détermine le montant des « économies » à réaliser dans l'année par rapport au tendanciel.

### Une articulation difficile avec les objectifs de santé

La volonté de mettre en regard les objectifs de santé et les moyens votés en LFSS a jusqu'à présent échoué dans son ambition la plus forte<sup>7</sup>. Elle se traduit aujourd'hui essentiellement dans les Programmes de qualité et d'efficacité (PQE) annexés aux LFSS, sans force juridique ni grande visibilité, et dans l'identification de différents crédits venant abonder telle ou telle action de santé publique dans le cadre de plans nationaux<sup>8</sup>.


---

dépenses de santé, versus des dépenses en matière d'éducation, de logement et de cadre de vie, de soutien à la vie associative, etc.

<sup>6</sup> Notons qu'il n'y avait pas de mécanisme prudentiel pour les soins de ville jusqu'en 2019 où a été mise en place une réserve prudentielle de 120 millions, reprenant une proposition de la Cour des Comptes ; mais la gestion des prix se fait surtout plus classiquement via la procédure conventionnelle qui revalorise les tarifs des professionnels sur un mode pluri-annuel, en tenant compte des marges de manœuvre existantes, donc en lissant dans le temps les effets des hausses avec des effets de « rattrapage ».

<sup>7</sup> Cf notamment les 100 objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique de 2004, ou les indicateurs de suivi de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022, qui souffrent d'un manque de visibilité.

<sup>8</sup> Un autre facteur vient compliquer l'exercice. L'administration de l'Etat est dans un double rôle : celui du financeur du système mais aussi celui d'organisateur et de gestionnaire de la partie de l'offre qui est publique. D'où une difficulté à positionner les indicateurs et outils nécessaires à la régulation, qu'ils soient économiques (prix d'achats hospitaliers, investissements par exemple) ou médicaux (pertinence, qualité).



Mais force est de constater que le périmètre même de l'ONDAM rend cette mise en regard difficile, dès lors qu'une partie des dépenses de santé publique et notamment de prévention sont hors du champ, de même que certaines dépenses médicosociales de l'Objectif global des dépenses (OGD) ou encore le déficit des établissements de santé publics.

Se pose ensuite un problème de découpage en sous-enveloppes. Le découpage se fait aujourd'hui par secteurs institutionnels et type de régulateur et le lien avec les grandes orientations de la politique nationale de santé manque de visibilité, au-delà de l'identification de quelques mesures nouvelles venant à l'appui de celle-ci. Et le principe de viser le respect de chaque sous-enveloppe ne facilite pas un pilotage transversal (par exemple prise en compte d'un médicament ou d'un dispositif médical qui réduit la durée ou la fréquence des hospitalisations) ; ces problèmes vont être accrus par le développement de modèles de paiement au parcours.

La distinction entre soins de ville et établissements de santé est biaisée dans les deux sens : des dépenses de soins de ville sont comptabilisées dans l'enveloppe hospitalière (actes et consultations externes hospitalières) et inversement (prescriptions hospitalières délivrées en ville, honoraires des médecins des cliniques privées...).

D'autres découpages ont été proposés :

- Découpage par région en mettant en place des Objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) ;
- Découpage selon la gradation des soins : soins de premier recours / soins hospitaliers aigus / soins de réadaptation / soins de longue durée ;
- Evolution du découpage actuel en résolvant les biais identifiés et éventuellement en isolant une enveloppe transversale « médicaments » ;
- Découpage par pathologies ou segments homogènes d'activité (cf. discussion plus loin).


Notons toutefois que le débat sur le découpage de l'ONDAM ne constitue pas la principale question du débat. Quels que soient les principes régissant un découpage donné, ils ne permettront pas de répondre à toutes les contraintes (suivi budgétaire, logique médicale, territorialisation...). A noter aussi qu'une modification profonde du découpage supposerait une modification de la gouvernance du système avec une nouvelle répartition des responsabilités.

### **Une présentation qui manque de lisibilité et ne permet pas de structurer le débat autour des objectifs de santé et de transformation de l'organisation**

La régulation est construite et présentée comme une politique d'économies à réaliser débouchant chaque année sur un vaste plan d'économies, alors même que l'ONDAM s'accroît. Cette démarche empêche d'organiser un débat sur le niveau et l'affectation des moyens cohérents avec les objectifs de santé qu'on s'est fixés.

Par ailleurs, l'ONDAM est présenté de façon un peu abusive comme le reflet de la maîtrise exercée sur la trajectoire d'évolution des dépenses de santé. Or, l'ONDAM est un agrégat de dépenses des régimes d'assurance maladie de base c'est-à-dire de recettes pour le système de santé. Il n'est donc pas représentatif des dépenses de ce système. On peut donc comme dans la période récente, maîtriser assez rigoureusement l'ONDAM cependant que les dépenses de santé croissent plus vite, du fait du développement de dépenses non remboursées par l'assurance maladie (sous l'effet des dépassements, de la liberté tarifaire...) et de la croissance du déficit de certains offreurs, en particulier les hôpitaux publics.

En outre, une exigence plus grande de transparence vis-à-vis des parlementaires, ainsi que des acteurs du système de soins, milite pour des documents d'accompagnement du



PLFSS plus précis et plus complets : hypothèses prises pour les projections des sous-enveloppes, « tendance » projetée (en volume et en prix) des dépenses de santé suivie sur le moyen terme et détaillée par secteur, chaînage des économies<sup>9</sup> réalisées au regard de celles attendues en moyenne période, confrontation entre les objectifs votés et les réalisations, vision transversale exhaustive sur des postes de dépenses comme les médicaments, les dispositifs médicaux, ...

### **Des limites dans la construction**

L'estimation des efforts à réaliser dépend dans ce raisonnement du différentiel entre tendanciel et taux voté, ce qui fait porter à l'estimation statistique du tendanciel un rôle important. Or, l'estimation du tendanciel ne repose pas sur des fondements méthodologiques très solides, notamment dans le secteur hospitalier, et de façon générale, les méthodes de calcul les plus sophistiquées laissent toujours subsister une part de conventions dans la distinction entre tendanciel et maîtrise médicalisée (voir partie 4). En outre, la prise en compte d'éléments de prospective (ex : transferts d'activité ville / hôpital, modifications de recommandations médicales, innovations...) est insuffisante et insuffisamment documentée.

Par ailleurs, les sous-jacents d'évolution de la dépense d'assurance maladie sont mal connus de l'ensemble des parties prenantes et notamment le fait que toutes choses égales d'ailleurs la dépense de l'assurance de base s'accroît tendanciellement de plusieurs centaines de millions d'euros par an sous l'effet de la croissance structurelle des dépenses remboursées à 100%.

De plus, la nature de ces économies est ambiguë puisque sont sommées des économies ayant un impact immédiat sur la dépense prise en charge (baisse de taux de remboursement ou du prix de certains actes ou produits de santé...) et d'autres qui, par exemple, concernent des consommations intermédiaires et ne font que rendre plausible le taux retenu (optimisation des achats hospitaliers par exemple).

On « tient » l'ONDAM. Est-ce en raison des mesures affichées ou sous l'effet d'autres mécanismes ? Avec quelles conséquences sur les différents acteurs ? On ne le sait pas très clairement.

### **Un recours excessif au levier tarifaire**

L'évolution des tarifs tient compte, selon les secteurs (soins de ville, établissements de santé, médico-social, FIR et autres), des prévisions de volume d'actes ou de séjours et de gains de productivité attendus, aussi appelés « efforts de maîtrise », avec le principe de viser le respect de chaque sous-enveloppe. Dans la campagne 2019, en secteur hospitalier, ces efforts de maîtrise ont été estimés à 663 millions d'euros, au titre des champs suivants : amélioration de la performance interne, dont la rationalisation des achats, accélération du virage ambulatoire, amélioration de la pertinence des actes et des parcours<sup>10</sup>. Il ne s'agit pas en réalité de gains de productivité mesurés mais d'estimation d'impact des mesures d'économies envisagées sur le secteur.

Depuis plusieurs années, de telles mesures de « maîtrise » sont prises, avec un fort volet concernant la maîtrise des prix. Les médicaments, les dispositifs médicaux, les actes de biologie ou d'imagerie, les tarifs hospitaliers... sont autant de domaines où des baisses de prix sont ainsi opérées (en euros constants), soit au titre d'augmentations jugées trop fortes des volumes, soit parce que des rentes sont identifiées (en biologie notamment).

---

<sup>9</sup> On ne connaît pas par exemple le bilan sur plusieurs années de la politique de rationalisation des achats hospitaliers, du « virage ambulatoire », de la politique de régulation des prix et volumes de médicaments...

<sup>10</sup> Circulaire N° DGOS/R1/2019/111 du 07 mai 2019 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2019 des établissements de santé

Mais cette politique sur les prix a ses limites et ses impacts ne sont pas pérennes. Elle n'infléchit pas, à elle seule, la tendance sur les volumes.

Des politiques plus structurelles sont entreprises pour agir sur les volumes de soins, notamment la politique qualifiée de virage ambulatoire, qui recèle davantage de potentialités ; les marges à en attendre ne sont pas négligeables, sans être gigantesques.

Dans tous les cas, ces politiques de maîtrise et de restructuration ne sont acceptables et légitimes sur le moyen terme que si elles accompagnent des objectifs de santé, en visant des améliorations dans l'accès aux soins, leur qualité et/ou dans l'état de santé de la population.

#### **Encadré 1 : Les autres défauts dans la procédure actuelle de l'ONDAM**

Une incohérence est notée entre les taux d'évolution pour chaque sous-enveloppe de l'ONDAM et les objectifs affichés de politique de santé, notamment le « virage ambulatoire », qui voudrait que la sous-enveloppe de ville évolue à un taux supérieur à celui de la sous-enveloppe hospitalière. Mais d'une part, cette question rejoint celle évoquée précédemment de l'adéquation du niveau initial de dépenses, et d'autre part, le taux observé d'évolution des dépenses de ville a certaines années été supérieur au taux prévu en début d'année, au détriment de la sous-enveloppe hospitalière. Sur ce point des réorganisations de l'offre de soins, il est nécessaire, compte tenu des charges fixes, d'adopter une vision pluri-annuelle avec une cible de moyen terme, afin de ne pas déstabiliser l'offre actuelle.

Les acteurs hospitaliers observent que la régulation budgétaire *infra* annuelle porte avant tout sur leur secteur et peu sur les soins de ville (pas de baisses de tarifs, pas ou peu de provisions). Cette régulation séparée des segments de l'offre pose des problèmes de fond alors que la logique de césure entre les sous-enveloppes présente de nombreuses imperfections (cf. plus haut).

Le principe de chercher à respecter rigoureusement chaque sous-enveloppe et à maîtriser chaque segment de l'offre de soins peut conduire à des diagnostics paradoxaux (cf. l'inquiétude manifestée face à la forte augmentation des dépenses de la liste en sus<sup>11</sup>, qui est pourtant construite pour avoir cette caractéristique (annexe 8), ou face à la hausse des dépenses de soins infirmiers ou de dispositifs médicaux à domicile, simple conséquence des politiques menées en faveur de la prise en charge en ville). De fait, si la régulation continue à porter sur chaque segment de façon fine, il y aura incompatibilité avec les futures approches par parcours. La césure la plus problématique est celle existant entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, avec notamment la question du double financement, posant le problème de la coordination du pilotage et du partage des informations.

Il n'y a pas de vision et d'approche transversales de la dépense de médicaments (liste en sus, rétrocession hospitalière, médicaments intra-GHS, médicaments délivrés en ville, dont ceux prescrits à l'hôpital).

Il y a un transfert des contraintes budgétaires sur les établissements de santé, dont les déficits s'accroissent<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Procédure selon laquelle l'assurance maladie peut prendre en charge le remboursement de spécialités pharmaceutiques coûteuses, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant.

<sup>12</sup> 188 millions d'euros en 2016, tous établissements publics, 743 millions en 2017 et 567 millions en 2018 (source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Les dépenses de santé en 2018). En 2018, 57% des établissements sont déficitaires (59% en 2017) ; la moitié du déficit cumulé est imputable à une cinquantaine d'établissements. Notons que c'est surtout le résultat financier qui explique ce déficit (-913 millions en 2018), malgré un résultat exceptionnel positif (+399 millions), le résultat d'exploitation restant toutefois négatif (-53 millions, s'améliorant par rapport à 2017 : -323 millions).

La quasi-absence de marges de manœuvre des ARS, le FIR et les aides à la contractualisation (AC) étant en grande partie fléchés, freine les restructurations au sein des territoires.

L'ONDAM voté n'a pas de « légitimité médicale », en l'absence de raisonnement fondé au moins en partie sur les déterminants de la dépense de soins (les données de la cartographie médicalisée de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) sont fournies à titre documentaire seulement – cf. annexe 11). Certes, l'ONDAM n'a pas vocation à être un outil médicalisé en première approche mais un éclairage de son évolution à partir d'arguments fondés sur l'évolution de la demande de soins faciliterait sa compréhension par les acteurs mais permettrait aussi d'orienter de manière plus précise les actions de maîtrise et de réorganisation des soins.

Les prévisions d'évolution des volumes de séjours hospitaliers sont régulièrement éloignées des évolutions observées, avec dans la période récente tendance à surestimer *a priori* cette évolution des volumes, ayant conduit à fixer des tarifs en baisse certaines années. De fait, le raisonnement fondé sur une évolution tendancielle, non strictement obligatoire pour réguler l'enveloppe globale<sup>13</sup>, ne vaut que si les estimations ne s'avèrent pas trop éloignées des observations.

### **Une acceptabilité auprès des acteurs de moins en moins assurée**

Finalement, la gestion annuelle de l'ONDAM produit certes des résultats positifs sur le plan budgétaire (nonobstant le déficit des établissements hospitaliers), mais ne peut être l'outil de mise en œuvre de la restructuration d'ensemble du système de santé aujourd'hui nécessaire. Dans l'attente d'une telle restructuration et du fait de la contrainte généralisée imposée à l'ensemble des segments du système, freinant les nécessaires adaptations (par exemple le virage ambulatoire), les acteurs et les structures de soins y voient des conséquences négatives : stagnation des tarifs, accroissement des déficits des établissements de santé devant faire face à une augmentation de la demande de soins et au développement de l'ambulatoire (cette demande supplémentaire ne se traduisant donc pas forcément par des recettes supplémentaires), baisse préoccupante de l'investissement hospitalier<sup>14</sup>, incompréhension devant le mécanisme de préemption de montants importants en début d'année... générant un mécontentement d'autant plus général que beaucoup ont l'impression qu'aucun des problèmes de fond du système de santé français n'est par ailleurs en voie de résolution : difficultés d'accès aux soins dans certaines zones, inégalités sociales de santé, parcours de soins plus ou moins anarchiques en fonction des initiatives des patients (et participant à l'engorgement des urgences), manque initial de matériel et de médicaments pour faire face à la pandémie actuelle, etc. La plupart des acteurs ont en outre fini par intégrer qu'ils travaillaient dans une enveloppe réellement fermée (contrairement à ce qui se passait avant 2010), et que par conséquent, tout plan ou programme annoncé par le gouvernement, même assorti d'autant de millions d'euros que nécessaire, ne se situe que dans un jeu de vase communicant et est de fait inopérant. La communication de la campagne budgétaire, évoquant un tendanciel élevé et les économies nécessaires, y

<sup>13</sup> On ne commence à raisonner en différentiel par rapport au tendanciel (en tout cas dans les documents publiés) qu'à partir de la LFSS pour 2010 (cf. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) : Historique des lois de financement de la sécurité sociale, février 2019). Il se trouve que l'ONDAM est respecté à partir de cette période, mais il n'est pas certain qu'il faille y voir une relation de cause à effet ; d'autres mesures ont été prises à ce moment comme la mise en réserve d'une partie des dotations hospitalières (cette mise en réserve étant étendue en 2012 aux tarifs hospitaliers), le renforcement du rôle du comité d'alerte avec suivi infra-annuel des dépenses d'assurance maladie, etc. suite au rapport piloté par R. Briet (avril 2010).

<sup>14</sup> 3,7 Mds d'euros en 2018 contre 4 Mds en 2017. En % des produits, la part de l'investissement est passée de 11% en 2009 (niveau maximum après les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012) à 5,2% en 2018.

est sans doute pour quelque chose, ne mettant pas suffisamment l'accent sur les dépenses nouvelles et les objectifs pour lesquels elles sont allouées.

Néanmoins, les pouvoirs publics ne sont pas sans argument lorsqu'ils cherchent à améliorer l'efficacité du système, devant les multiples observations de soins non pertinents et de « gaspillages » pour reprendre le terme utilisé par un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2017. Le problème est que coexistent des situations de gaspillage et de pénurie, générant de grandes frustrations, et que les acteurs des soins et les patients ont le sentiment que le couvercle budgétaire représenté par l'ONDAM n'a pas d'effet visible sur les gaspillages, tout en aggravant les pénuries. Les actions contre les gaspillages sont menées de façon ponctuelle, sans effet pérenne.

En outre, la gouvernance complexe du système, la faiblesse de la fonction de veille prospective, aussi bien sur l'activité et la demande que sur les ressources humaines, et un certain brouhaha médiatique autour de ces questions gênent l'établissement d'un diagnostic systémique des difficultés de fond.

Le récent rapport sur l'ONDAM des sénateurs Catherine Deroche et René-Paul Savary<sup>15</sup> résume ainsi le problème : « *Nous touchons aujourd'hui aux limites d'un pilotage budgétaire à courte vue, certes efficace, mais qui ne paraît plus en mesure d'accompagner la transformation tout aussi nécessaire de notre système de santé* ». Notons que ce rapport soumet à une analyse critique la méthode d'estimation du « tendanciel », surtout en secteur hospitalier, ainsi que le suivi insuffisant des mesures qualifiées « d'économies ». Et les rapporteurs notent « *les attentes fortes des acteurs pour privilégier des modes de régulation axés sur la qualité et la pertinence des soins, qui s'inscrivent forcément dans la durée, plutôt que sur la seule logique du « rabot » via l'action sur les tarifs* ».

De fait, l'ONDAM n'a pas vocation à être « l'outil à tout faire » (du reste, même sans ONDAM et sans contrainte budgétaire, il resterait des problèmes d'organisation des soins et de gouvernance à résoudre) ; mais ces différentes observations militent pour un pilotage plus fin des différents postes de dépenses, pas seulement par type de professionnels et de structures, comme actuellement, mais aussi par type de pathologies ou de parcours. Cette remarque pose la question de la « médicalisation » de la régulation.

## **Encadré 2 : L'impossible objectivation du niveau de l'ONDAM**


Depuis le début de l'ONDAM, la question a été posée de savoir s'il fallait – et comment – le médicaliser. Un rapport a d'ailleurs été rédigé sur ce sujet en 2003, sous la présidence d'Alain Coulomb<sup>16</sup>. La lettre de mission de ce rapport précisait : « *il a été reproché à juste titre que cet objectif fût fixé en fonction de considérations principalement économiques. Cette manière de fait 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...* ». Ainsi, la question de la légitimité même du mode de construction de l'ONDAM était posée. Pour autant, la complexité de la réflexion n'était pas omise.

Il faut d'emblée souligner que, même si on faisait abstraction de tout objectif budgétaire, la démarche consistant à partir des besoins de santé pour arriver à une enveloppe de dépenses nationale est impossible. Il y a trop d'inconnues, trop de différences de pratiques, et même trop d'incertitudes sur la notion même de besoin de santé quand le terme est pris

<sup>15</sup> Rapport d'information fait au nom de la MECSS sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 9 octobre 2019

<sup>16</sup> Médicalisation de l'ONDAM, Rapport du groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, animé par Alain Coulomb, mars 2003





dans une acception générale. On ne sait pas quantifier, et *a fortiori* valoriser, un besoin de santé ; on pourrait partir de la demande mais comme la demande est définie via la consommation de soins<sup>17</sup>, le raisonnement serait rapidement tautologique. Il pourrait être tenté d'évaluer la demande prévisionnelle, au regard des facteurs épidémiologiques, démographiques, des consommations passées, etc. mais il resterait la grande difficulté de valoriser ensuite la réponse à cette demande.

On observera que le tendancier actuellement estimé chaque année dans les documents préparatoires du PLFSS n'a pas adopté cette piste, et ne fait pas référence à des évolutions démographiques, épidémiologiques, etc. qui sont considérées comme incluses dans le tendancier observé.

Au demeurant, les déterminants de la dépense de santé sont nombreux et les aspects démographiques et épidémiologiques ne sont pas les seuls à prendre en compte. Entrent en jeu également les présupposés socio-culturels sur ce qu'est la santé, sur ce que doit prendre en charge ou non la collectivité, sur le champ de ce que la médecine doit couvrir, sur la responsabilité de chacun dans son mode d'appréhension des actions de prévention, de dépistage et de recours aux soins... Les progrès techniques ont évidemment aussi un impact sur les modalités de diagnostic et de thérapeutique, mais également sur la définition et la compréhension des maladies. Aussi, il paraît complexe de vouloir tirer de cette complexité un taux d'évolution annuel de la demande de soins, et *a fortiori* des dépenses de santé, sachant qu'il faudrait, en plus, statuer sur l'évolution du prix des biens et services de santé, relativement au prix des autres biens et services.

---

<sup>17</sup> D'autres phénomènes entrent en jeu : l'offre de soins (et de prévention) induit aussi de la consommation de soins (et de prévention) du fait de l'asymétrie d'information. Et aucune définition des « besoins » de santé ne permet une utilisation pratique. La définition de la santé de l'OMS est trop large pour constituer un outil dans la régulation.



## 2. Les objectifs d'un cadre de régulation renouvelé, la question des priorités de santé

Il paraît banal d'indiquer que la politique de santé doit adopter des priorités, mais l'observation des différents plans nationaux et régionaux de santé de ces dix dernières années montre que tel n'est pas le cas en réalité. Trop de thèmes sont jugés stratégiques et prioritaires, si bien qu'aucun ne l'est réellement. Certains sujets ont fait l'objet de politiques volontaristes et constantes (avec notamment l'impulsion donnée par les plans présidentiels au début des années 2000) : prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dépistage des cancers, lutte contre le tabagisme, sécurité routière ; mais on sait combien il est difficile de maintenir l'effort dans le temps.

Fixer des priorités a vocation à résoudre des difficultés spécifiques du système, sans que cela ne conduise à freiner le bon fonctionnement d'autres filières. En effet, donner priorité à une thématique, lorsque le diagnostic est posé de progrès substantiels à en attendre, ne signifie pas qu'on ne fait rien sur les autres. La pathologie cardio-vasculaire n'a jamais fait l'objet de priorités de santé affichées, et c'est celle où l'on a observé les plus importants gains en termes de mortalité (via en partie une action sur les déterminants : tabac, alimentation...) ; c'est l'un des points forts du système de soins français.


Or, si le système de santé connaît des succès dans son rôle curatif, les domaines accessibles à la prévention, à des environnements plus favorables à la santé et à la promotion de la santé sont davantage en retrait, même si des progrès sont notés dans de nombreux domaines (tabac, accidents...). Ainsi, malgré le bon positionnement global de la France par rapport aux pays comparables sur les indicateurs généraux d'état de santé (espérance de vie globale, espérance de vie à 75 ans, mortalité cardio-vasculaire...), certains paramètres sont défavorables (annexe 3) notamment en termes de mortalité évitable par des actions de prévention primaire (liée à la consommation de tabac ou de doses excessives d'alcool, aux suicides... conduites sur lesquelles il convient d'agir à la fois par des actions directes et par des actions sur leurs déterminants sociaux) et contribuent largement aux inégalités sociales de santé persistantes. Toutes les actions à entreprendre ne relèvent pas du système de santé seul mais font aussi appel aux autres déterminants de santé : l'éducation, l'alimentation et l'activité physique, le logement, les transports, l'aménagement du territoire, les conditions de travail... Ces actions doivent être adaptées par territoire en fonction des spécificités épidémiologiques, socio-culturelles, économiques.

Notons aussi le taux important d'accidents et effets indésirables liés aux soins.

Ces constats dessinent des priorités implicites du système de santé (au regard en particulier de la situation française dans les comparaisons internationales) : en défaveur de la mortalité masculine prématurée (et en faveur de catégories d'âge plus élevées), en défaveur de la santé mentale, en faveur des pathologies urgentes et aiguës (le système a su réagir à l'épidémie de COVID-19 et prendre en charge les malades) et en défaveur des maladies chroniques... Ces priorités gagneraient à être explicitées et débattues. Certains domaines sont sous-investis et ce sous-investissement se constate aussi dans les axes de recherche : les recherches en santé mentale, en épidémiologie, en santé des populations, en organisation des services de santé sont très faiblement développées en France par rapport aux pays comparables.

Au regard de ces constats, et sans préjuger de la nécessité d'une analyse complète et d'un débat national, les thématiques suivantes semblent présenter de larges marges d'amélioration :



- 
- Soins de proximité, incluant les soins primaires, la médecine spécialisée de proximité (cf. avis HCAAM du 23 janvier 2020), ainsi que la permanence des soins et la prise en charge des soins non programmés ;
  - Santé mentale (avec notamment les thèmes du suicide, des addictions, de la consommation de psychotropes, de la santé somatique des personnes souffrant de troubles psychiques...) ;
  - Actions sur les déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé : actions territoriales pluri-partenariales (cf. contrats locaux de santé), dans l'esprit de la « santé dans toutes les politiques », portant sur les conditions de vie et de travail (logement, mobilité, environnement, stress au travail...), actions d'information et de prévention à destination des publics fragiles (populations précaires, en situation de handicap, à risque de perte d'autonomie...), éducation pour la santé (nutrition, activité physique, hygiène, exposition aux facteurs de risque...), lutte contre les addictions. Cette prévention à visée populationnelle a déjà fait l'objet d'un avis du HCAAM en 2017.



### 3. Les enjeux d'un cadre de régulation renouvelé

#### Améliorer l'accessibilité des soins

L'enjeu d'un accès à l'ensemble des soins de qualité, et plus généralement à l'offre de santé, partout, pour tous, dès que nécessaire, a pris de l'importance depuis plusieurs années, dans un contexte de baisse de la démographie médicale et d'inégalités de répartition des professionnels et des établissements de santé. Une politique d'incitations adaptées à chaque territoire est à renforcer, en prenant appui en particulier sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les établissements de santé de proximité. Le HCAAM a prévu d'approfondir dans les prochains mois la réflexion sur les ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre la transformation de notre système de santé.

La COVID-19 a par ailleurs mis en lumière le problème de l'accessibilité des équipements de protection individuelle, des tests, de certains médicaments et dispositifs médicaux, des services de réanimation, et parfois d'imagerie, mais aussi du maintien de l'accès aux soins habituels compte tenu des règles recommandées dans ce cadre et aux campagnes de dépistage des autres pathologies, dans un contexte de crise sanitaire. Elle illustre également l'importance de la prévention des pathologies chroniques, associées aux formes sévères de COVID-19.

#### Améliorer la répartition des tâches et la gradation des soins

L'amélioration de l'adéquation des prises en charge, dans un esprit de gradation des soins pour l'ensemble des acteurs, incluant les délégations de tâches aujourd'hui effectuées par des médecins à des non médecins, devrait favoriser cette accessibilité et éviter par exemple que le niveau de compétences et d'expertise le plus spécialisé soit amené à prendre en charge des situations relevant des soins primaires ou de proximité. Pour structurer cette gradation, la priorité doit être mise sur l'organisation et le renforcement de la première ligne de soins pour maintenir le patient à son domicile et éviter autant que faire se peut le recours à une hospitalisation.

Il est pertinent, dans cet esprit, de formaliser davantage qu'actuellement les coopérations territoriales, entre soins primaires, soins secondaires, soins de recours, pour faciliter et fluidifier les prises de décision, les adressages. La crise sanitaire a illustré l'importance de cette coopération, qui peut qu'être facilitée par une meilleure définition des missions et des rôles de chacun au niveau pertinent du territoire, simplifiant le moment venu la mise en œuvre de l'action collective. Ceci n'interdit pas que l'articulation des compétences des uns et des autres puisse être redéfinie quand c'est nécessaire.



## Accroître la pertinence des soins

Des marges de progrès importantes existent en termes de pertinence des soins (prescriptions pharmaceutiques, actes diagnostiques, interventions, etc.). Il faut distinguer à cet égard plusieurs notions :

- L'existence de soins inutiles, voire dangereux (actes en doublon, actes diagnostiques non contributifs, actes thérapeutiques aux indications mal établies, iatrogénie médicamenteuse<sup>18</sup>...) ;
- L'existence de prestations réalisées à des coûts plus élevés que nécessaire (certains transports sanitaires par exemple) ;
- L'existence de soins utiles mais réalisés de façon inadéquate, soit par qualité insuffisante (exemple du mésusage des antibiotiques), soit du fait du lieu de réalisation (hospitalisation complète pour un acte pouvant être réalisé en ambulatoire par exemple) ;
- L'existence de soins potentiellement évitables si la situation pathologique avait été prise en charge plus tôt et si son évolution défavorable avait pu être prévenue par un suivi rigoureux par un réseau de professionnels (cas de nombreuses maladies chroniques).

Toutes ces situations sont d'importance variable selon les pathologies, et il revient à une analyse fine par domaine médical de déterminer quelles seraient les priorités à adopter dans chacun d'entre eux. Sans préjuger de la capacité d'améliorer ces résultats de manière significative (les autres pays sont confrontés aux mêmes difficultés), il peut toutefois être tenté de reprendre l'analyse sur les thèmes évoqués ci-dessus en cherchant, sur la base des constats effectués dans les nombreuses études thématiques réalisées<sup>19</sup>, le type de mesures qui pourraient s'avérer efficaces, sans censure a priori, en mobilisant les bases de données médico-économiques.

Il s'agit d'accompagner la modification des comportements de professionnels de santé et des patients, en phase avec les recommandations de bonnes pratiques, en termes de prescriptions, d'indications (actes diagnostiques, interventions, etc.), de gestion des parcours des patients, d'adhésion aux traitements, de « bon usage » du système de santé par les patients, par un renforcement des actions de gestion du risque et du principe de décisions partagées des choix thérapeutiques (développement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)), association des patients aux décisions les concernant).

---

<sup>18</sup> Infections nosocomiales mais aussi accidents médicamenteux, induisant un nombre élevé d'hospitalisations et de complications. Les politiques menées par la HAS en faveur de la qualité des soins sont au premier plan dans ce domaine ; l'évaluation des résultats de ces politiques permettrait d'orienter les actions futures.

<sup>19</sup> Tous ces éléments sont documentés dans les rapports et travaux des institutions suivantes : CNAM, Cour des Comptes, Agences nationales, IGAS, DREES, IRDES...

### Davantage mobiliser l'analyse médico-économique

Dans un cadre où doivent être fixées des priorités, il paraît utile de se fonder sur des analyses médico-économiques rigoureuses pour aider à déterminer quelles prises en charge sont efficaces (i.e. présentent le meilleur ratio efficacité/coût), et lesquelles produisent des résultats insuffisants pour les coûts engagés.

Par exemple, dans le domaine de la prévention, on sait que le fait de fixer des taux maxima de sel dans l'alimentation est extrêmement efficace (résultats de santé importants pour des coûts minimes) alors qu'une prévention des affections cardio-vasculaires par la prise d'aspirine à faible dose au long cours s'avère « coût-inefficace »<sup>20</sup>.

### Partager l'information entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour une coordination des soins

La mise en place d'un système d'informations de santé, partagé, sécurisé et maîtrisé au plan national, centré sur le patient, est une condition incontournable d'une meilleure coordination des prises en charge. Le développement de ces systèmes d'information, dont certains ont connu une accélération avec la crise qui a illustré leur nécessité, doit être une des priorités de notre système de santé : répertoires opérationnels des ressources fiables, à jour, accessibles et ergonomiques ; observatoire de la médecine générale ; et surtout dossier médical partagé et espace numérique en santé structurés pour optimiser leur utilisation. La protection des données personnelles doit être absolument garantie, de même que l'interopérabilité, y compris avec le médico-social où le besoin de développer les systèmes d'information est particulièrement important. Cela doit constituer un pilier majeur des investissements des prochaines années.

### Organiser la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

La crise sanitaire actuelle a montré les limites des dispositifs d'anticipation des situations exceptionnelles en France. Ils ne sont pas inexistantes, des plans étaient élaborés, des financements étaient alloués aux établissements de santé, etc. mais ils se sont avérés insuffisants. Il paraît certes difficile de pouvoir prévoir tous les scénarios catastrophes, mais le scénario dans lequel nous sommes était, lui, prévisible et d'ailleurs prévu.

Aussi, un dispositif plus intégré, disposant de davantage de moyens, est à mettre en place, assorti de plans de préparation à une crise sanitaire susceptible de saturer les capacités du système de soins. Entre autres mesures, ces futurs plans devront intégrer la possibilité de limiter :

- L'ampleur de la crise, grâce à une politique de prévention mobilisant l'ensemble des acteurs et notamment de proximité ;
- L'impact de la crise, par un accroissement rapide et dans de bonnes conditions de ces capacités (que ce soit en lits de soins aigus, de réadaptation ou autres, ainsi qu'en ressources humaines), et ce avec un bon maillage du territoire national.

---

<sup>20</sup> T. Vos et al., Assessing Cost-Effectiveness in Prevention, University of Queensland, Deakin University Australia, September 2010

## 4. Développer les analyses prospectives

Les outils ont manqué pour fournir aux lois successives réformant l'organisation des soins l'incarnation concrète permettant d'ancrer véritablement les anticipations des agents et ainsi traduire en actes l'entièreté des transformations attendues.

### Perfectionner les méthodologies de projections d'activité et de dépenses

La DSS, la CNAM et la DGOS développent une prévision annuelle de la tendance de l'ON-DAM.

#### Projections de dépenses hospitalières

Pour les projections de dépenses hospitalières, la DGOS travaille poste de dépenses par poste de dépenses, en distinguant ceux liés à l'activité (élasticité de 1) et ceux non liés (élasticité de 0, est alors appliquée l'inflation à ces postes). À cela, sont ajoutées les mesures catégorielles, les expérimentations prévues, etc. (hors liste en sus). En revanche, aucune hypothèse sur les déterminants démographiques ou épidémiologiques ou sur l'évolution de la masse salariale pouvant modifier ces prévisions n'est posée. La prévision d'évolution du volume d'activité se fonde sur celle observée l'année précédente, avec une correction pour jours ouvrés. Le taux d'évolution des tarifs se déduit de cette prévision de volume de manière à respecter le taux prévu d'évolution des dépenses hospitalières.

#### Projections de dépenses de ville

Pour les projections de dépenses de soins de ville, et plus précisément pour l'estimation de l'évolution tendancielle des soins de ville, la CNAM a recours à des méthodes statistiques qu'elle applique aux données en date de soins du volume remboursable.


Autant la méthodologie développée par la CNAM paraît rigoureuse et effectuée dans les règles de l'art, d'un point de vue purement statistique à court terme (qui ne repose pas sur une analyse des facteurs explicatifs, cf. partie suivante), autant il apparaît que dans le secteur hospitalier, la méthodologie et les prévisions sont plus fragiles.

#### Distinguer l'effet de la maîtrise médicalisée dans l'évolution des dépenses

En outre, il s'agit de distinguer, au sein de l'évolution des dépenses remboursées, la part que l'on peut considérer comme liée à la politique dite de maîtrise médicalisée (visant à enregistrer des « économies » par rapport au tendanciel) et la part liée au tendanciel hors de toute action de maîtrise. La CNAM et la DSS ont développé des méthodes d'estimation de ces deux volets pour chaque poste de dépenses de soins de ville. Il reste qu'il est parfois délicat de déterminer, pour les actions de gestion du risque se poursuivant sur plusieurs années, la part liée à l'action de maîtrise et la part liée à l'intégration dans la tendance de l'effet de cette action de maîtrise. Des conventions de calcul doivent être adoptées.

L'analyse des écarts entre prévisions et réalisations lors des années précédentes montre que l'exercice n'est pas aisé. La DSS observe que sur les postes « Indemnités journalières (IJ) » et « médicaments », les écarts sont très fréquemment importants. Il est très difficile de comprendre ce qui se passe en matière d'IJ d'une année sur l'autre, et le poste « médicaments » est perturbé par l'arrivée d'innovations au coût élevé, sachant qu'à l'inverse, le développement des génériques oriente les dépenses de certaines classes thérapeutiques à la baisse. La prise en compte des innovations dans un modèle de projection constitue évidemment l'une des principales difficultés. L'existence d'un système performant de veille est en tout cas un préalable indispensable.

#### La question de la déclinaison régionale des projections nationales



Les projections dont il est question ici sont nationales, mais la question se pose d'être en mesure de réaliser des projections régionales. Toutefois, en matière hospitalière notamment, l'analyse de l'activité et de son évolution par région ne peut s'affranchir de l'étude des flux inter-régionaux, compliquant l'exercice. Ceci étant, pour l'approche territoriale des soins promue depuis plusieurs années par les pouvoirs publics, de telles données prospectives par zone géographique seraient très utiles.

### Renforcer les capacités d'analyse des déterminants de l'accroissement de la demande de soins

Le cadre annuel de l'exercice budgétaire ne doit pas masquer le fait que nous avons affaire à des tendances de fond qu'il s'agit de bien comprendre, et, lorsqu'elles sont de nature à faire évoluer le rythme des dépenses à un taux élevé, de tenter d'infléchir.

Si on sait que le vieillissement de la population induit des évolutions épidémiologiques majeures, sources de demandes croissantes de soins, quel est le poids des autres facteurs en jeu ? Comment évoluent respectivement les facteurs volume, prix et structure ? L'activité hospitalière va-t-elle ou non s'infléchir sous l'effet du virage ambulatoire ? Quelles sont les évolutions à attendre des dépenses pour les principales pathologies<sup>21</sup> ? Parmi les différents facteurs influant sur la dépense de soins et son évolution (démographie, morbidité, progrès technique, organisation des soins, émergence de nouveaux acteurs notamment dans les technologies numériques, éducation, facteurs culturels et socio-économiques, conditions de travail, comportements individuels et sociaux vis-à-vis de la santé et des facteurs de risque, aussi bien des patients que des professionnels de santé...), il faut comprendre lesquels sont les plus déterminants et sur lesquels il est possible d'agir, à un horizon de 3 à 5 ans. La plupart des actions à entreprendre supposent en effet plusieurs années pour se concrétiser, et ce d'autant qu'il faut envisager les actions de régulation en cohérence entre les différents champs et aux différents niveaux géographiques.

Sur tous ces sujets, il existe déjà des études et des réflexions éclairantes, menées par la DREES, l'IRDES, la CNAM, mais l'ensemble de ces analyses, produites pour le moment à titre documentaire, devraient être davantage mobilisées pour « expliquer » l'évolution de l'ONDAM, et ce, en intégrant des éléments de prospective.


Deux volets au moins mériteraient d'être développés (ce qui suppose de leur consacrer des moyens accrus) :

- Une analyse systémique et consolidée intégrant l'ensemble des données disponibles sur ces déterminants, permettant d'identifier les nombreux thèmes pour lesquels les données ne sont pas suffisantes ;
- Une veille prospective portant non seulement sur les innovations technologiques et organisationnelles (comme l'avait déjà préconisé le HCAAM dans son rapport de 2016), mais aussi sur les évolutions épidémiologiques comme sur les évolutions sociologiques touchant aux attentes de la population et aux formes nouvelles que pourrait prendre la demande de soins, par exemple en ce qui concerne la nouvelle offre numérique (utilisation des outils connectés, développement de la télémédecine, Dossier médical partagé (DMP), mise en réseau de l'expertise,...).

Plus fondamentalement il convient de renforcer les capacités d'analyse des déterminants de l'accroissement de la demande de soins et des dépenses de manière à dépasser les mesures de régulation de court terme et la situation difficile consistant à mettre en avant

---

<sup>21</sup> Etant entendu que pour certaines pathologies, les dépenses vont baisser, soit par le fait du virage ambulatoire, soit grâce au développement des médicaments génériques, soit encore par des diminutions de la demande. Pour d'autres pathologies, les dépenses augmenteront, sous l'effet de l'augmentation des effectifs de patients, ou de l'arrivée d'innovations thérapeutiques coûteuses.



des mesures d'économies tout en ajoutant chaque année des montants significatifs à l'ONDAM.

### Compléter les projections d'activité et de dépense par une prospective sur les ressources humaines

Cet exercice de projection sur l'activité et les dépenses ne peut être dissocié d'une prospective sur les ressources humaines, en termes :

- De projection de la démographie des professionnels de santé (flux de formation, flux de départs, temps de travail, type de carrière, répartition géographique...);
- De répartition des tâches entre professions (chevauchement des compétences, arbitrage entre polyvalence et spécialisation, délégation de tâches, nouveaux métiers, formation initiale et continue ...);
- D'impact des nouvelles organisations (avec notamment le renforcement de la collégialité, du travail en équipe), des innovations technologiques, des technologies numériques et de l'intelligence artificielle...

Les modèles de prospective des ressources humaines fournissent un cadre de cohérence pour les discussions entre les parties prenantes du système de santé. Ils constituent de véritables outils d'aide à la décision pour les pouvoirs publics pour :

- Déterminer le nombre de postes nécessaires<sup>22</sup> ;
- Mieux valoriser/rendre plus attractives certaines spécialités (en jouant sur les salaires et les conditions de travail) ;
- Mieux maîtriser l'installation des professionnels sur le territoire (en mettant en place éventuellement des politiques d'incitation ou en répartissant mieux les quotas de certaines professions) ;
- Mieux maîtriser les dépenses de santé ;
- Mieux répondre aux besoins non-satisfaits de la population.


En outre, leur mise en œuvre va permettre d'améliorer la connaissance des comportements (et de leurs déterminants) des professionnels, ce qui peut être utile pour la mise en place de politiques fondées sur les préférences individuelles.

A l'international, la thématique de la ressource humaine en santé fait l'objet de travaux nombreux (voir annexes 4, 5 et 6). Pour planifier les besoins en main d'œuvre, des modèles de prospective des ressources humaines, mobilisant des équipes importantes et qualifiées, ont été mis en place par les organismes en charge de la politique de santé ou des organismes spécialement dédiés :

- Modèles de projection d'effectifs en santé pour modéliser l'offre de soins ;
- Tentatives de modélisation des besoins de la population (en tenant compte de l'évolution de la démographie de la population et de la morbidité), de prise en compte de la stratégie et de l'innovation thérapeutique anticipées et de l'organisation future

---

<sup>22</sup> En évitant autant que faire se peut les situations de pénurie de certains professionnels de santé (pouvant engendrer des problèmes d'accès aux soins pour certaines populations), comme celles d'excès (pouvant engendrer des conséquences négatives pour les professionnels eux-mêmes, comme le sous-emploi ou le chômage, mais aussi pour les dépenses publiques), et enfin les effets yo-yo ou de réajustements importants (souvent mis en place « au coup par coup » pour rééquilibrer les ressources en oubliant les délais importants pour former les professionnels (exemple : les grandes variations du *numerus clausus* constatées en France dans le passé), déstabilisant au total le système de soins tant au niveau national que local).



des soins (télémédecine, répartition/délégation des tâches, etc.) pour modéliser la demande de soins.

Néanmoins, bien que certains pays comme l’Australie ou le Royaume Uni aient décidé depuis quelques années d’améliorer la planification et la gestion de leur personnel de santé<sup>23</sup>, les réflexions menées intègrent encore peu, du côté de la *demande*, les besoins en services de santé de la population (*a minima* le nombre de professionnels projetés est rapporté à la population par tranche d’âges) et se limitent souvent, côté *offre*, à une approche « en silo »<sup>24</sup>.

Il est donc nécessaire de mener une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour mieux lier l’évolution de la démographie des professionnels de santé et les besoins futurs de la population, en répondant notamment aux questions :

- Comment estimer au mieux les besoins de la population ?
- Comment traduire cette estimation en nombre de professionnels ?
- Comment équilibrer prospective de demande de soins et projections d’offre de soins (en nombre de professionnels), i.e. quelle stratégie de ressources humaines mettre en place (calibration offre-demande) ?

Enfin, cet exercice de projection sur les ressources humaines doit intégrer la dimension territoriale.

### Développer des approches par segment semi quantitatives permettant d’identifier et promouvoir les innovations

Si les modèles quantitatifs de prospective des ressources humaines offrent un cadre de réflexion pour réguler le système de santé (tester des scénarios), ils ne constituent pas pour autant une science exacte (ils reposent en effet sur un jeu d’hypothèses) et nécessitent, de plus, d’être régulièrement mis à jour (réévaluation des hypothèses à la lumière des nouvelles données, nouvelles politiques/réformes, etc.).

Estimer les besoins en services de santé et les traduire en nombres de professionnels de santé constitue un exercice difficile pour tous les pays : multiplicité des facteurs affectant la demande de soins (multiplicité des acteurs, des pathologies, etc.), données pas toujours disponibles ou de mauvaise qualité, ressources humaines pour mettre en œuvre les bons outils parfois insuffisantes, etc. (voir annexe 6).

C’est pourquoi il peut être intéressant de coupler cette approche quantitative avec une approche prospective plus globale, davantage qualitative, et ciblée sur une discipline, une pathologie particulière (cancérologie par exemple) ou une filière de soins où il est peut-être plus facile d’identifier, quantifier et qualifier les innovations les plus structurantes (évolutions technologiques, évolution de la population concernée, évolution de la prise en charge en général).


Réalisées par des équipes interdisciplinaires (focus-groupe d’experts, coordinateurs de centre, statisticiens...), ces études ont pour objectifs d’identifier, quantifier et qualifier les innovations les plus structurantes du domaine étudié (pathologie ou discipline médicale) : évolution des soins ; évolution des caractéristiques (préférences, état de santé, exigences)

---

<sup>23</sup> Via par exemple, la mise en place d’agences dédiées en charge de la qualité des données utilisées dans les modèles de prospective et de la planification du personnel de santé.

<sup>24</sup> Par exemple, les réflexions sur les effectifs à former se font encore trop souvent dans un cadre mono-professionnel, n’intégrant pas les interactions entre spécialistes d’une même profession (intégration horizontale) pour tenir compte des chevauchements et des réaffectations d’activités (entre médecins généralistes et spécialistes par exemple) ou entre professionnels de santé différents (intégration verticale) pour tenir compte de la délégation de certaines tâches (médecins vers corps intermédiaires)





du patient (exemple : les « *Patient-reported outcomes measures* » (PROMs)) ; évolutions technologiques (télémédecine, intelligence artificielle, etc.) ; évolutions du système de santé.

On peut citer trois exemples d'études françaises s'inscrivant dans cette logique :

- L'étude « Evolpec 1 et 2 » menée par Unicancer sur l'évolution de la prise en charge en cancérologie, à l'horizon 2025 (voir annexe 7) ;
- La mise en place d'un groupe de travail de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) sur les parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques et leur prise en charge par les internistes, gériatres et médecins polyvalents ;
- Le travail de projection de l'activité hospitalière à l'horizon 2030 réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) selon plusieurs scénarios, faisant intervenir à la fois des méthodes statistiques et des avis d'experts sur les tendances d'évolution des pratiques et des technologies dans les différents champs de la médecine<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Voir Gwennaëlle BRILHAULT, Christelle MILLIEN (DREES), avec la collaboration de Denis RAYNAUD (IRDES) et Thierry PROST (ATIH), 2017, « Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030 », Les Dossiers de la Drees n°18.



## 5. Mettre en place une régulation médicalisée sur certains segments de l'offre et certaines pathologies

Pour dépasser les traditionnels « plans » ciblés sur tel ou tel poste de dépenses, une possibilité serait de mettre en place une gestion médicalisée sur certains segments stratégiques de l'offre de soins et certaines pathologies afin de gérer dans leur ensemble, et dans une logique de parcours, les activités, moyens développés et dépenses liés à ce champ.

Ce type de raisonnement pourrait être développé dans certains secteurs, certaines pathologies où les paramètres sont bien maîtrisés, i.e. avec la possibilité de circonscrire précisément les patients concernés (nombre et typologie), les professionnels et structures impliqués dans la prise en charge, les dépenses associées.

L'intérêt serait, sur ces segments, de pouvoir distinguer clairement les effets volume et les effets prix, et au sein des effets volume, comment se partagent les différents facteurs d'évolution : démographie, épidémiologie, pratiques médicales, types et lieux de prise en charge, innovations.

Sur ces segments seraient instituées des modalités de gestion nouvelles consistant à :

- Poursuivre des objectifs de santé, incluant des objectifs de prévention, d'accessibilité ;
- Dans le souci de pertinence, de qualité, et de sécurité des soins, afin de maîtriser les volumes de soins et de prescriptions ;
- En recherchant les modalités de dispensation des soins les plus efficaces, en axant la réflexion sur les parcours de soins les plus pertinents ;
- Dans un cadre prospectif et documenté, c'est-à-dire en proposant un scénario d'évolution pluri-annuel (éventuellement avec des variantes) des activités, dépenses et ressources humaines, qui, sans qu'il soit forcément rendu opposable aux acteurs, servirait de cible pour tous les établissements, professionnels et patients concernés ;
- En s'appuyant, sur la base d'une stratégie nationale, sur le niveau territorial ; il ne s'agit pas de reproduire un schéma identique dans tous les territoires, mais d'adapter les principes aux spécificités de chacun d'entre eux.

Pour mener à bien les travaux par segment, il serait judicieux de mettre en place, pour chaque thème, une organisation de type gestion de projet, qui ait des moyens suffisants et des marges de manœuvre assez larges, sans négliger les moyens « support » dont auront besoin ces équipes au sein des différentes directions et institutions impliquées dans la mise en œuvre du programme. Cette structure projet, nationale avec des relais régionaux, rendant compte au ministre, devrait travailler de manière transversale avec toutes les institutions, sans dépendance hiérarchique directe avec elles. Elle aurait pour mission d'élaborer la stratégie pluri-annuelle sur la thématique, de mettre en place les outils d'observation et de suivi (notamment le système d'information), d'évaluer la mise en œuvre par les institutions en charge des aspects opérationnels.



Les avantages d'une telle approche sont les suivants :

- Un meilleur ciblage des actions d'efficience à mener et une meilleure mobilisation des marges de manœuvre sur les volumes de soins (en évitant de faire des « économies » ou de faire pression sur les acteurs de soins lorsque l'évolution est liée à des facteurs non maîtrisables : démographie, épidémiologie...)
- Une gestion plus fine des déterminants de la dépense, pour des affections bien cernées, à la dynamique croissante du fait de l'épidémiologie ;
- Une prise en compte explicite de l'innovation ;
- Un décloisonnement ville-hôpital-médicosocial du fait de la transversalité du champ ;
- Une justification médicalisée des objectifs financiers, explicable aux acteurs de santé ;
- Un affichage d'une trajectoire permettant aux acteurs de mettre en œuvre les ré-organisations nécessaires.

Mais il existe certaines limites :

- L'articulation avec l'ONDAM : ces segments ne constitueraient pas autant de sous enveloppes de l'ONDAM (cf. ci-dessous) ; il convient de les articuler avec ces enveloppes et d'organiser dans ce cadre le suivi infra-annuel de données pour le pilotage budgétaire ;
- Procédure non généralisable à l'ensemble des affections ou des domaines d'activité ;
- Par construction, risque de privilégier les pathologies faisant l'objet d'une telle procédure par rapport au reste du champ, en quelque sorte par effet de « zoom » ;
- La question de l'articulation entre les différentes approches thématiques. Les modalités de gestion par projet mises en œuvre sur les différents segments retenus doivent s'articuler entre elles<sup>26</sup>. Aussi, une réflexion spécifique devra être menée pour en quelque sorte « consolider » les réflexions effectuées sur chaque thème et en dégager un schéma cohérent.

Pour pouvoir être implémentée, cette approche suppose d'avoir :

- Des acteurs de soins impliqués bien identifiés ;
- Des recommandations sur les pratiques et les parcours ;
- Des marges d'efficience telles qu'on peut les identifier *via* les écarts aux parcours recommandés et/ou l'observation de disparités régionales importantes ;
- Des possibilités d'actions réelles des pouvoirs publics sur les parcours, sur les volumes et/ou sur les prix, dans le cadre d'orientations nourries par une réflexion prospective (médicale, technologique et organisationnelle) ;

---

<sup>26</sup> Par exemple, un objectif « traitement du cancer » est par nature transversal, touchant tous les segments du découpage actuel de l'ONDAM. Aussi, *a minima*, il faudra dans cette option identifier au sein des sous-enveloppes actuelles (si on reste dans le cadre du découpage actuel) les montants liés à l'objectif « traitement du cancer ».

- Dans le cas d'une approche par pathologie, des postes de dépenses aisément quantifiables, et peu ou pas impactés par les éventuelles comorbidités, afin de pouvoir bien délimiter le champ<sup>27</sup>.

La cartographie médicalisée développée par la CNAM (disponible environ 18 mois après la fin de l'année) constitue l'un des outils pour procéder à ce type d'analyse, en observant que pour prendre en compte la question des polypathologies, des conventions d'affectation des dépenses sont définies (annexe 11).

Ce rapport constitue une étape dans un travail devant se poursuivre dans les prochains mois ; il dresse des pistes, pose des principes ; la suite des travaux doit les décliner sur quelques exemples.

[Les travaux engagés par le HCAAM visent à proposer des prototypes d'une telle régulation par projet sur plusieurs segments](#)

**Trois segments de l'offre de soins : les soins primaires et soins spécialisés de proximité, le médicament, la biologie**

Les grands axes de la réflexion sur le segment des **soins de proximité**, intégrant les actions de prévention et de promotion de la santé, de lutte contre les inégalités de santé, sont donnés dans l'encadré 3.

### **Encadré 3 : La déclinaison de la régulation par projet sur le segment des soins et services de proximité**

**Objectif** : accompagner la structuration du premier niveau de recours : soins de ville + hôpitaux de proximité + médico-social

**Champ** : tous les métiers de premier recours : médecine de premier recours (y compris la médecine spécialisée de proximité), pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmières, aides-soignantes, métiers de la rééducation), hors urgences hospitalières et Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (segment à gérer de manière spécifique)

**Champ de dépenses** : actes, forfaits, dotations, paiement à la qualité

- **Horizon** : pluri-annuel (3 à 5 ans)
- **Objectifs de réponse aux demandes de la population** : accès aux soins, délais ; permanence des soins, continuité des soins ; qualité des soins ; maintien à domicile
- **Objectifs médicaux** : renforcement de la prévention, de la promotion de la santé, de l'éducation thérapeutique...
- **Objectif organisationnel** : structuration de l'offre des territoires à travers les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les équipes de soins primaires et toutes formes d'organisation pluri-professionnelle, le renforcement des liens entre libéraux, hôpitaux de proximité et médico-social...

<sup>27</sup> A cet égard, et sous réserve d'une analyse plus précise, il serait plus difficile de procéder ainsi pour les pathologies où les taux de comorbidités sont élevés comme les pathologies cardiovasculaires

- **Objectifs de gains d'efficience** : pertinence des soins, maîtrise des événements indésirables liés aux soins, optimisation des parcours (hospitalisations évitées, maintien à domicile...)
- **Objectif pluri-annuel de dépenses**, fondé sur l'observation des tendances passées et sur les éléments de prospective, incluant l'investissement nécessaire (y compris dans les innovations organisationnelles), et les gains attendus

S'agissant du **médicament**, l'absence de vision globale du secteur<sup>28</sup> (qui permettrait de décrire par exemple l'utilisation d'une classe thérapeutique donnée quel que soit le lieu de délivrance) freine la mise en place d'une régulation plus médicalisée. Sur ce segment, il importerait de pouvoir suivre par exemple le taux d'évolution du traitement par patient pour une pathologie donnée, tous secteurs inclus (délivrance en ville, rétrocession hospitalière, médicaments délivrés en hospitalisation (liste en sus ou non)), pour identifier les zones éventuelles de dérapage, en tenant compte des évolutions épidémiologiques. Ceci supposerait de pouvoir suivre les évolutions par classe thérapeutique, transversalement, et de pouvoir ramener les dépenses par classe à l'évolution du nombre de patients concernés<sup>29</sup>.

Pour chaque classe thérapeutique, il s'agirait d'identifier la tendance en termes de nombre de patients, de prix moyen par patient (incluant l'effet structure) et de se donner des objectifs réalistes en termes de maîtrise de l'un ou l'autre facteur en fonction des observations en matière de non pertinence des prescriptions, de sur ou sous-consommation, de possibilités de développement des génériques, d'entrée sur le marché de produits innovants, etc.

En outre, une approche transversale de la consommation de médicaments devrait permettre de résoudre les difficultés et ambiguïtés soulevées par la gestion de la liste en sus (voir annexe 8), de même que par les prescriptions hospitalières délivrées en ville (cause chronique de tensions dans la gestion séparée des enveloppes puisque ces dépenses pèsent sur l'enveloppe de ville).

La mise en place d'un pilotage global de l'ensemble du segment pourrait conduire à « sortir » la liste en sus de l'enveloppe hospitalière, et à ne pas faire peser les évolutions des dépenses de cette liste sur les tarifs hospitaliers (voir annexe 8). Enfin, dans cette réflexion, il serait tenu compte des politiques nationales de négociation des prix et des remises.

De la même manière, l'ensemble des dépenses de **biologie**, ambulatoires et hospitalières, pourrait faire l'objet d'une régulation par projet, ce qui permettrait en particulier de sortir des difficultés soulevées par l'existence d'une double nomenclature ville/hôpital (voir annexe 9) et d'adopter une gouvernance unifiée ville/hôpital.

<sup>28</sup> En raison de la segmentation d'une part entre ville et hôpital, et d'autre part, au sein de l'hôpital, entre produits sur liste en sus et produits intégrés dans les GHS.

<sup>29</sup> En l'état actuel du système d'information, ce n'est pas possible complètement à cause de la relative boîte noire constituée par les médicaments intégrés dans les GHS. Sans doute les données (qui ne sont plus publiées) de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) concernant les ventes de médicaments aux établissements de santé permettraient de combler cette lacune. Toutefois, pour les produits délivrés quasi uniquement en ville ou ceux inscrits sur la liste en sus, il n'y a pas de difficultés dans la disponibilité des données.



### Trois champs pathologiques :

- Une pathologie déjà bien explorée, ayant fait l'objet de plans nationaux et de réorganisations importantes : le traitement du cancer.
- Un secteur demandant une restructuration profonde et identifié comme une priorité de santé : la santé mentale.
- Une pathologie chronique, intégrant des enjeux de prévention primaire, de dépistage, d'actions sur les déterminants de santé, de suivi au long cours, comme le diabète de type 2 non compliqué, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou l'insuffisance rénale chronique.

Pour chaque volet, seraient fixés des objectifs médicaux, organisationnels, d'efficacité, de qualité et de pertinence, ainsi qu'un objectif pluri-annuel de dépenses, non opposable, fondé sur l'observation des tendances passées et sur les éléments de prospective.

L'exemple de l'objectif de santé « traitement du cancer » est développé dans l'encadré 4. Les travaux préliminaires sur les autres thèmes sont en cours.

Il ne s'agit pas dans cet exercice d'être exhaustif mais de tester la méthode sur différents exemples. On cherchera en particulier à concilier les deux approches, par pathologies et par segments de l'offre de soins, afin de garantir une organisation transversale, et non par filière, des soins, conformément aux orientations retenues dans les précédents avis du HCAAM.

#### **Encadré 4 : Exemple d'une régulation par projet du segment constitué par les prises en charge liées au cancer et leurs dépenses afférentes**

Les prises en charge seraient constituées principalement par<sup>30</sup> :

- Les séjours hospitaliers pour traitement du cancer, hors chimio et radiothérapie (notamment chirurgie : 465 643 séjours en 2017) ;
- Les séances et séjours de chimiothérapie, en établissement de santé (respectivement 2 709 710 et 256 980 en 2017) et en Hospitalisation à domicile (HAD) (159 000 journées) ;
- Les séances et séjours de radiothérapie : 2 082 322 dans les établissements publics, pour 118 581 patients ; 97 874 patients traités dans le secteur libéral ;
- Les actes de suivi biologique spécifique : génotypage des tumeurs, marqueurs ;
- Les consultations d'oncogénétique ;
- Les médicaments facturés en sus des GHS dans les établissements (2 Mds en 2017) et délivrés en rétrocession (0,57 Mds) ou en officine de ville (1,86 Mds)

Malgré certaines incertitudes sur quelques postes, on atteindrait de l'ordre de 12 Mds € (dont 6 pour les dépenses hospitalières hors médicaments en sus, hors radiothérapie libérale). L'avantage de retenir ces postes est qu'il n'y a pas d'ambiguïté sur leur affectation : il s'agit de dépenses liées au traitement du cancer, que le patient soit ou non porteur d'autres pathologies. Et moyennant un effort modéré sur les systèmes de remontée de données, il est possible de procéder à un suivi infra-annuel de l'évolution des volumes et des dépenses.


D'après le rapport Charges et Produits 2018 portant sur les données 2016, le total extrapolé des dépenses liées aux patients atteints de cancer, selon l'algorithme de la CNAM, était de 17,4 Mds, dont 15,6 au titre des cancers actifs (pour 2,6 millions de patients, dont 1,1 pour cancers actifs et 1,5 pour surveillance de cancer) ; mais dans cette approche, d'autres postes de dépenses sont pris en compte : transports, consultations, hospitalisations hors MCO, IJ... En outre, les dépenses de patients atteints de cancer et d'une autre pathologie sont réparties entre les deux affections selon un algorithme spécifique.

Pour une gestion par projet pragmatique, il paraît nécessaire de limiter le champ tel que nous l'avons proposé plus haut. On pourrait toutefois discuter l'ajout du poste « transports » si les données permettent de déterminer quel montant est lié directement à la prise en charge du cancer.

Les données doivent permettre de connaître sur plusieurs années et pour l'année en cours et par région :

- L'évolution du nombre de patients, par type de thérapie, et par localisation cancéreuse,
- L'évolution des dépenses de médicaments, globalement et par secteur, et par localisation cancéreuse,
- L'évolution des dépenses d'hospitalisation complète et ambulatoire, par localisation cancéreuse
- ...

<sup>30</sup> Source : Institut national du cancer (INCa)



Ces données devraient permettre de suivre finement l'évolution des dépenses et de leurs déterminants (effectifs de patients, type de traitement, lieu de traitement), et de déterminer sur quels facteurs il convient de faire porter les efforts, en fonction des options d'organisation recommandées et débattues avec les acteurs de soins : prises en charge ambulatoire, chimiothérapie à domicile, etc.

Il faut aussi prévoir le recueil d'indicateurs de qualité transversaux, robustes, en nombre limité, comme l'espérance de vie, les délais de prise en charge, etc. afin de ne pas perdre de vue les objectifs poursuivis.

On sait, d'après la cartographie médicalisée, de façon globale, que les dépenses liées à la prise en charge du cancer (au sens de la cartographie) évoluent sur une tendance fortement croissante (+18% entre 2012 et 2016), essentiellement en raison de l'évolution du coût moyen par patient : +13,1% contre +4,4% pour l'évolution des effectifs de patients. Ce phénomène est lié notamment à l'évolution du coût des médicaments et des dépenses de séjours MCO. S'il n'est pas aisé de maîtriser rapidement l'évolution du nombre de patients, il existe des marges d'actions sur les deux autres facteurs, et ce en se fondant sur les disparités régionales, les écarts aux recommandations, éventuellement les comparaisons internationales. Il est possible en outre d'observer tout cela par localisation cancéreuse, rendant l'approche extrêmement précise.

Cela permet, entre autres avantages, d'éliminer les fausses pistes. Par exemple, dans le dernier rapport Charges et Produits, l'analyse du cas du cancer du poumon permet de souligner que la hausse des dépenses pour cette affection est liée pour 85% à l'augmentation des effectifs. La dépense moyenne par patient a augmenté de façon importante en 2016, toutefois, avec l'arrivée des thérapies ciblées. En dehors de la négociation du prix de ces dernières, il n'existe donc pas de grandes marges de manœuvre pour maîtriser les dépenses (en la circonstance, il faut surtout stopper le tabac). Dans le cas du cancer du sein (rapport Charges et Produits 2017), ce sont par contre les médicaments de la liste en sus qui tirent la croissance des dépenses, en raison de l'arrivée de deux molécules nouvelles. L'accent doit être mis sur l'évaluation du bon usage de ces produits.

Ainsi, ce type d'analyses, réalisées à l'échelle des régions, dans le cadre d'une diffusion large et réactive des données comparatives, permettrait d'approcher la gestion des dépenses de manière plus ciblée et plus pertinente.

### Quel impact sur le découpage de l'ONDAM ?

#### **Ces segments ne constitueraient pas autant de sous enveloppes de l'ONDAM**

En termes de pilotage budgétaire, il ne s'agit pas de créer des enveloppes par pathologie : il serait du reste impossible de ventiler l'ensemble de l'ONDAM par pathologie, en raison des comorbidités fréquentes et des parcours complexes de ces patients, et des dépenses non affectées à une pathologie précise.

Pour autant, une partie de l'ONDAM pourrait être gérée en fonction de telles données médicalisées, dans le cadre d'un nouveau découpage intégrant ville et établissements de santé.



## Les principes d'un nouveau découpage de l'ONDAM

Pour accompagner les objectifs détaillés dans ce document, les principes suivants paraissent devoir présider à un ONDAM reconfiguré :

- Le pilotage des dépenses devrait adopter une vision globale et cohérente, qui ne se limite pas aux dépenses remboursées par l'Assurance maladie et prend en compte en particulier les déficits hospitaliers publics.
- Certaines dépenses, à caractère structurel, devraient bénéficier d'une quasi-garantie de financement, c'est-à-dire ne pas être soumises à des baisses de tarifs ou de dotations suite à la régulation macro-économique ; leur organisation et leur financement sont à penser sur le moyen terme. Ces secteurs seraient à déterminer de façon concertée, mais on peut citer : la prévention ; la recherche ; l'ensemble du circuit des urgences vitales (régulation, transports médicalisés urgents, prise en charge aux urgences hospitalières, lits de soins critiques) ; les investissements structurants ; certains produits d'intérêt stratégique ;...

Notons que cette garantie ne préjuge pas des restructurations et réorganisations à mener dans ces domaines pour en améliorer l'efficacité et l'efficience.

- Le secteur médico-social serait aussi un secteur ayant vocation à être placé dans cette catégorie, dans le principe, et même à être renforcé, tout en évitant de pérenniser la fracture actuelle entre sanitaire et médico-social<sup>31</sup>. Les établissements et services médico-sociaux partagent une activité de soins avec le sanitaire (tout en rappelant l'insuffisante médicalisation de ces structures), mais l'existence du double financement complique la coordination entre les financeurs ; il manque un réel partage d'informations sur les bénéficiaires entre les acteurs du territoire. Les patients hébergés dans les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées doivent être intégrés dans les parcours de soins, en lien en particulier avec la première ligne de recours.
- La distinction d'une enveloppe de ville d'une part, d'une enveloppe hospitalière d'autre part ne paraît plus pertinente au regard de la volonté de réguler de manière davantage médicalisée les objectifs de santé et de gérer des parcours de soins. Aussi, il est proposé d'instruire la possibilité de mettre en place une sous-enveloppe « Activité » ou « Prise en charge des parcours de soins », incluant l'ensemble des dépenses liées à l'activité. Dans cet esprit, les mesures de régulation ont vocation à porter de façon équitable sur l'ensemble des segments de l'offre de soins, et les modalités de financement doivent être similaires dans l'ensemble du système (en termes de répartition entre tarifs, forfaits, dotations). Une telle orientation suppose également des changements institutionnels.

Cette question de l'intégration entre ville et hôpital se pose d'ores et déjà pour les établissements de proximité par exemple.

- Au sein de cette sous-enveloppe, la régulation serait assurée par objectifs de santé, en substitution aux actuels plans de gestion de risque triennaux, en privilégiant le respect des recommandations de bonnes pratiques et de pertinence, et en adoptant une approche centrée sur les parcours, incluant la prise en compte des retours d'expérience des patients.

---

<sup>31</sup> Dans la suite des travaux, il faudra tenir compte des conséquences de la création d'un cinquième risque et des modalités finalement retenues.

- D'autres sous-ensembles munis d'objectifs spécifiques pourraient être identifiés, en particulier :
  - Une enveloppe pour l'incitation à la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, qui, suivant les recommandations de la task-force pour la réforme du financement, doit prendre une part plus importante de l'ONDAM (objectif de 2 Mds d'euros en 2022), sur la base d'indicateurs améliorés, et en particulier d'indicateurs de résultats, en tenant compte à la fois des positions en valeur absolue et des dynamiques d'amélioration ;
  - Une dotation régionale d'accompagnement des innovations organisationnelles, des coopérations, des restructurations, i.e. des moyens de la transformation du système, à la main des Agences régionales de santé (ARS), via une évolution du Fonds d'intervention régional (FIR), aussi bien en termes de montant que de modalités de gestion ; il s'agit de sortir de la situation actuelle où la majorité du fonds est fléchée selon des principes définis au plan national.

### **Le pilotage par projet n'est pas incompatible avec le respect de l'ONDAM**

Le nouveau cadre ne doit pas conduire à alléger la garantie de respect de l'ONDAM (sans préjuger du niveau auquel celui-ci sera fixé à l'avenir).

L'idée est de faire en sorte que l'objectif soit respecté sans recourir à des baisses de prix généralisées et des mesures conjoncturelles élaborées dans l'urgence, qui non seulement n'ont pas d'effet pérenne mais, en sanctionnant les acteurs subissant ces baisses et en n'investissant pas dans les secteurs demandant une restructuration, freinent les évolutions structurelles nécessaires. Certaines mesures de baisse de prix resteront probablement nécessaires pour piloter la dépense, mais elles doivent reposer sur un rationnel de pertinence, et ne peuvent constituer l'essentiel de la régulation, comme c'est le cas aujourd'hui, et doivent être accompagnées d'orientations pluriannuelles, pour donner aux acteurs le temps de s'adapter. Elles doivent en outre être justifiées sur des bases objectives, au regard des évolutions de coût des facteurs de production.

La démarche, qui sera approfondie dans les prochains mois, est la suivante : en adoptant une approche précise et médicalisée par type d'affections, sur la base d'objectifs prévisionnels assis sur une réflexion prospective intégrant les différents déterminants, pourront être menées des réorganisations permettant d'assurer des prises en charge conformes à l'état de l'art actuel et tel qu'on peut l'anticiper, et pourront être observés des gains d'efficacité significatifs permettant de maîtriser l'augmentation des dépenses sur le segment concerné, par maîtrise des volumes de soins et de prescriptions. Si ce schéma fonctionne sur suffisamment de segments, sans qu'il soit besoin de couvrir l'ensemble du champ, le résultat global devrait permettre de dégager les marges de manœuvre suffisantes. Il reste qu'il s'agira de prévoir un dispositif de recours si l'ONDAM n'était en fait pas respecté. Ce dispositif devra obéir aux principes suivants :

- Traiter de manière équitable l'ensemble des segments de l'offre de soins ; si par exemple un mécanisme de provision était maintenu, il devra porter sur l'ensemble des segments ;
- Privilégier les actions allant dans le sens de la qualité et de la pertinence, i.e. « sanctionner » les pratiques et prescriptions allant à l'encontre de ces objectifs ;
- Ne pas être contradictoire avec les objectifs de moyen terme ;
- Raisonner sur un mode pluri-annuel, un dépassement pendant une année pouvant être compensé par une meilleure maîtrise une autre année.



## 6. Utiliser les outils de la régulation à bon escient

### Du bon usage des outils de planification

Les outils de la planification des activités et équipements de soins sont multiples : procédures d'autorisations d'activités et d'équipements ; Contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre ARS et établissements, dans le cadre des Projets régionaux de santé (PRS) ; accompagnements à la restructuration ou à l'investissement...

En dehors des constats contrastés que l'on peut faire sur les difficultés, les succès et les échecs de cette politique de planification dans le passé, on constate une volonté de la DGOS de renforcer l'encadrement des autorisations ces dernières années, dans tous les volets de l'activité hospitalière, y compris en médecine.

La procédure d'élaboration des textes réglementaires régissant ces autorisations, fondée sur la concertation avec l'ensemble des acteurs, ce qui est naturel, est particulièrement lourde, et on peut craindre, au regard des délais induits et de la forte évolutivité des technologies, des pratiques et des connaissances dans tous les champs médicaux, que ces textes soient assez rapidement obsolètes.

Aussi, il pourrait paraître préférable de laisser les ARS davantage autonomes dans leur politique de pilotage ainsi que les acteurs du territoire en matière d'organisation des soins au regard des spécificités territoriales, tout en prévoyant une procédure de remontée d'informations *a posteriori* vers le niveau national à des fins d'évaluation. Cette autonomie devrait d'ailleurs être renforcée pour éviter que des interférences politiques nationales viennent contrecarrer des décisions régionales de restructuration hospitalière dès lors que celles-ci sont en phase avec le projet régional de santé et les orientations stratégiques nationales.

### Du bon usage de l'outil tarifaire

Un outil doit en principe servir un objectif et un seul (règle de Tinbergen). Une telle discipline permet de rendre les objectifs clairs, les outils efficaces et transparents, les politiques lisibles. Toutefois, pour des raisons souvent historiques, il arrive qu'on veuille faire jouer à un outil plusieurs rôles, induisant une certaine confusion sur les objectifs recherchés. C'est le cas par exemple des tarifs (ou forfaits) des actes et prestations.

La tarification a vocation à allouer les ressources aux acteurs de manière équitable afin d'assurer la solvabilité d'une offre nécessaire sans laisser de rente excessive. Or, il est fréquent que les tarifs soient aussi utilisés à des fins incitatives, pour orienter les décisions des acteurs de l'offre de soins (avec des succès mitigés) ; ils constituent également un instrument de maîtrise des dépenses, si bien que le signal représenté par les prix administrés peut ne pas être très clair pour les acteurs.

Un débat existe ainsi sur le fait de savoir si les tarifs doivent être « neutres » au regard des coûts (pour autant qu'on connaisse ces derniers) ou peuvent s'en éloigner pour poursuivre certains objectifs. Au regard des expériences passées, on observe que la tarification ne peut pas à elle seule (surtout en contexte français) induire les modifications attendues de pratiques, surtout que les incitations appliquées sont en général de modeste ampleur, complexes, et non repérées par les acteurs ; les évolutions tarifaires doivent plutôt accompagner les décisions de stratégie et d'organisation, en ne constituant pas de contre-incitatif et en allouant les ressources entre les acteurs de manière équitable et transparente.

## Aligner les incitations des modes de financement des offreurs avec les objectifs visés

Privilégier les prises en charge adéquates et donc éviter des hospitalisations lorsque c'est possible, en s'appuyant sur les progrès techniques et organisationnels, paraît souhaitable aussi bien d'un point de vue collectif<sup>32</sup> que pour les patients (qui préfèrent les prises en charge à domicile et encourent ainsi un risque plus faible de contracter une infection nosocomiale).

Mais les établissements ne sont pas incités à favoriser ces évolutions en raison de la perte de recettes qu'elles induisent. En effet, un séjour qui est évité *via* une prise en charge coordonnée en ville représente un manque à gagner pour eux, surtout si dans le territoire d'implantation, il n'y a pas de possibilité d'accroissement de l'activité hospitalière par ailleurs (ce qui est variable selon les disciplines). Dans ces conditions, le risque existe de se retrouver en difficulté financière, avec du personnel en surnombre, des charges fixes qu'il est difficile de baisser de façon réactive, et donc des déficits supplémentaires.

Ainsi, de nombreuses activités comme la chimiothérapie à domicile, la dialyse à domicile, les bilans programmés de maladie chronique, l'éducation thérapeutique... ne se développent pas en ville, l'hôpital gardant son organisation classique, sauf lorsque le service hospitalier est saturé et doit trouver des solutions en ville pour éviter des files d'attente<sup>33</sup>.

Pour se concrétiser, ce mouvement devrait être accompagné financièrement par la tutelle, afin de lever ce frein. Sans cela, le décalage entre charges fixes constantes et réduction des recettes constitue un puissant empêchement à agir pour les établissements. Il paraît curieux d'envisager de rémunérer les acteurs pour qu'ils s'engagent dans des solutions d'organisation plus efficaces pour la collectivité, mais le système français n'est pas intégré, et on ne peut pas espérer spontanément les évolutions que des systèmes intégrés d'autres pays ont pu connaître.

Certes, sur le plan théorique, on peut se dire que l'établissement n'a qu'à réduire ses charges et s'adapter à un environnement où le nombre nécessaire de séjours est en diminution, mais quelle institution va se projeter dans un avenir où il gère sa propre réduction sans y être contraint ? Les organisations cherchent toujours à se développer, remplir pleinement leurs missions, voire en développer d'autres utiles. Cette observation constitue sans doute un facteur plus fort que les seuls aspects financiers pour freiner le transfert d'une partie de l'activité hospitalière vers la ville<sup>34</sup>.

Seule une analyse prospective incluant une trajectoire pluriannuelle des tarifs peut fournir aux acteurs la visibilité et le temps nécessaires pour réorienter l'utilisation des ressources (en personnel, en équipements).

---

<sup>32</sup> Même si on constate aussi que le développement des prises en charge en chirurgie ambulatoire ne se traduit pas systématiquement, à l'heure actuelle, par des économies, en l'état actuel du système de tarification.

<sup>33</sup> Il faut aussi admettre que sur le plan organisationnel, la ville n'est pas toujours en mesure aujourd'hui de coordonner ce type de prise en charge pour des volumes importants de patients, si bien que le virage ambulatoire ne s'effectue pas très rapidement.

<sup>34</sup> D'ailleurs, le discours de certains établissements est de défendre qu'ils peuvent parfaitement gérer l'ambulatoire eux-mêmes (en tout cas dans les zones peu denses, via la création de centres de soins, la mise en place de consultations avancées), anticipant le transfert nécessaire mais en projetant une autre occupation de leurs personnels par extension de leurs missions.

### **Encadré 5 : Les promesses des paiements au forfait ville-hôpital**

Au regard de ces réflexions, le moteur du transfert d'activité réside dans l'organisation de la médecine de ville de manière plus structurée, en prévoyant des lieux d'accueil des soins non programmés munis d'un plateau technique léger, en assurant la continuité des soins, en proposant des suivis coordonnés à domicile... et la mise en place de structures de coordination gérant en particulier les interfaces ville/établissements de santé et médico-sociaux et supervisant les parcours de soins complexes.

Les structures en charge de la coordination des soins sont nombreuses, notamment concernant les personnes âgées (réseaux de gérontologie, Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), Méthode d'action intégration autonomie (MAIA), Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA)), si bien qu'une plaisanterie courante est de déterminer qui doit coordonner tous ces coordonnateurs.

Mais ces dernières années, le paysage se décante en partie, et le rôle principal de la coordination pour les parcours complexes doit être joué en principe par les plates-formes territoriales d'appui (PTA). Certes, comme il se doit pour un dispositif par essence territorial, leur développement est variable selon les zones géographiques. En lien avec les CPTS, elles doivent être l'émanation des professionnels des équipes de soins de proximité et leur apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements, et le maintien à domicile. La plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.

Dans un autre esprit, les structures d'hospitalisation à domicile, de soins à domicile, de dialyse à domicile, sont par nature à l'interface entre la ville et l'établissement. Dans tous ces cas, la prise en charge du patient à domicile et la coordination des soins permettent de « sortir » de l'enceinte hospitalière les patients ne demandant plus de soins lourds.

Est-ce que les évolutions tarifaires de type forfait intégré peuvent accélérer ces évolutions ? Il ne semble pas acquis que la mise en place de forfaits soit suffisante pour observer des changements de pratiques, mais cette modalité peut permettre de donner un signal important sur le sens de la politique menée et contribuer à faire en sorte que les incitations financières n'aillent pas à l'encontre de cette politique.

### **Le développement des indicateurs de qualité : un enjeu crucial.**

Le développement des indicateurs de qualité des soins, en particulier les outils de retours d'expériences-patients, est un enjeu capital. La qualité des soins constitue en effet une dimension essentielle de la performance des acteurs de santé, établissements comme professionnels de ville. Cette notion englobe l'accessibilité, la sécurité, la pertinence (soins appropriés et efficaces), le respect des aspirations et de la dignité des patients ainsi que leur niveau de satisfaction et les résultats des soins.

La question de la mesure de ces différents aspects se pose depuis de nombreuses années dans l'ensemble des pays confrontés à la volonté d'améliorer leur système de santé, soit à des fins de comparaison entre acteurs (repères pour les professionnels, transparence pour les usagers, pilotage des politiques d'organisation des soins...), soit à des fins d'amélioration de la qualité dans une démarche de pilotage interne d'un établissement, soit encore à des fins de tarification (paiement à la performance). Dans ce cadre, de nombreux indicateurs de qualité ont été définis. Ils portent essentiellement sur les moyens et les procédures mais également de plus en plus sur les résultats, en tenant compte des précautions à prendre dans cette mesure et dans l'interprétation des données obtenues (seule la partie des résultats attribuable au système de santé est pertinente).

La HAS porte dans cet esprit la politique de développement des Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) dans les établissements de santé. Un sous-ensemble d'indicateurs est utilisé pour l'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), généralisée à tous les établissements de court séjour en 2016 et aux établissements de SSR en 2017. Il est à souligner que parmi les propositions de la « task-force » pour la réforme des modes de financement et de régulation, figure une extension importante de ce mode de financement avec un accent sur les indicateurs de résultats, à commencer par les indicateurs de satisfaction des patients (à travers e-Satis).

*« Le renforcement de la mesure de la qualité auprès des patients s'inscrit dans la volonté de faire de l'engagement des usagers une priorité (voir le projet stratégique HAS 2019-2024). Convaincue en effet qu'il n'y a pas d'optimisation possible de la qualité et de la sécurité sans participation active des personnes directement concernées, la HAS prévoit de les renforcer dans leur capacité à en être eux-mêmes les acteurs »<sup>35</sup>.*

En 2019, l'enveloppe qualité a déjà été augmentée, passant de 50 à 200 millions d'euros, et elle devrait atteindre 400 millions en 2020 l'ONDAM (objectif de 2 Mds d'euros en 2022).

De nouveaux outils sont été développés dans les travaux internationaux : les PROMs (*Patient Reported Outcomes Measures*) et les PREMs (*Patient Reported Experience Measures*), sur la base des principes suivants :

- Les patients sont capables de décrire en détail leur vécu du soin et leurs symptômes ;
- On peut utiliser ce résultat pour améliorer la relation médecin-patient et la stratégie thérapeutique ;
- Leur collecte systématique, au moyen des registres notamment, peut servir à améliorer l'efficacité du système médical et sa qualité.

L'émergence de ces outils vient en appui de l'évolution des politiques publiques de santé, notamment du choix unanime pour un modèle de santé centré sur la population, et dont les priorités et les arbitrages sont à déterminer par le prisme du résultat sur le patient, résultat objectif et résultat ressenti. De tels indicateurs permettront d'évaluer et le cas échéant modifier et adapter les projets de santé qu'ils soient régionaux ou territoriaux.

---

<sup>35</sup> Source : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/presse\\_dp\\_indicateurs\\_resultats\\_2018.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/presse_dp_indicateurs_resultats_2018.pdf), page 18

## 7. Bien identifier les différents niveaux géographiques de la régulation et poursuivre la territorialisation de la politique de santé

Il n'existe pas en France de revendication forte pour une remise en cause du caractère national de la politique de santé dans sa dimension stratégique. A cet égard, une régionalisation de l'ONDAM (ORDAM)<sup>36</sup> serait certes concevable mais pose de nombreux problèmes de principe (transfert d'enveloppes entre régions, différenciation des taux de prélèvement, des tarifs entre régions et responsabilité de ces dernières sur ces différents éléments...) (voir annexe 10).

Il n'en reste pas moins que, comme en a témoigné la crise liée à la COVID-19, l'alliance pratique entre l'ensemble des acteurs présents sur un territoire est la mieux à même d'élaborer des solutions concrètes adaptées aux contextes locaux pour la mise en œuvre d'objectifs partagés. Ceci justifie de donner **plus de marges de manœuvre aux acteurs locaux**, proches du terrain, et de mieux faire le lien entre les politiques qui concourent, au niveau local, à la santé. Une telle approche est indispensable pour permettre le décloisonnement de diverses politiques et l'intégration des offres de prévention, de soins et médico-sociale, propices au développement de la santé dans toutes les politiques et à des offres de prise en charge globales dont on sait qu'elles sont essentielles pour réduire les inégalités de santé particulièrement fortes en France.

Cette orientation suppose de déplacer du niveau national au niveau régional le pilotage de la politique de santé en réintégrant les régions à ce pilotage ; de donner des responsabilités et des moyens accrus aux acteurs du territoire, offreurs dans le champ de la santé, incluant les acteurs de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la santé au travail, usagers et patients, collectivités territoriales, délégations des ARS, caisses et diverses administrations en ouvrant, le cas échéant, des espaces de délégation importants à ce niveau ; de matérialiser l'intervention commune dans le cadre de plans territoriaux de santé (PTS) associant l'ensemble des acteurs et se traduisant lorsque nécessaire par une démarche contractuelle.


Dans la prochaine génération de contrats de Plan Etat-Région qui débutent en 2021, la santé pourrait être un thème substantiel. C'est ici que se matérialiserait notamment l'intégration des différents plans donnant une consistance forte à la santé dans toutes les politiques, que le numérique en santé et la formation pourraient être articulés avec des objectifs en termes de services attendus et d'attractivité territoriale dans le champ de la santé et qu'enfin les politiques d'investissement matérialisant la transformation au long cours du système de santé seraient cadrées, avec la possibilité d'apports plus importants des collectivités territoriales. Une réflexion devrait être menée pour éviter d'ajouter un nouveau plan à la pléthore de plans et de contrats qui paralysent l'action et simplifier l'ensemble.

Le positionnement des ARS doit être mis en perspective dans cette optique de même que le type de moyens (notamment en termes de qualification dont elles disposent). Le FIR devrait substantiellement être augmenté et ses modalités de fonctionnement revues.

Pour pallier l'éloignement créé par la constitution des nouvelles régions et permettre une action territoriale mettant en ligne des acteurs locaux et notamment des collectivités territoriales, des acteurs de santé de proximité et des usagers avec des interlocuteurs proches et dotés de moyens et d'un pouvoir de décision il convient de renforcer l'échelon des délégations territoriales des ARS, de mieux définir son rôle et de lui donner des pouvoirs effectifs. La question des moyens d'action des collectivités territoriales est également posée.

<sup>36</sup> Des propositions de loi organique créant les ORDAM ont été déposées par des députés en 2014 et 2018.





Au niveau des territoires des marges significatives existent pour donner un rôle accru et plus cohérent aux collectivités locales, et pour s'appuyer sur les collectivités volontaires, soit dans le cadre de transferts de compétences à titre expérimental, soit dans le cadre de délégations de compétences. Ce rôle accru pourrait concerner les domaines tels que l'accès aux soins ou la promotion de la santé. L'organisation de la première ligne d'offres responsables de la prise en charge de la population est à ce niveau déterminante et les Contrats locaux de santé peuvent être utilement mobilisés. On peut imaginer ici la possibilité de prévoir des solutions particulières, le cas échéant, dérogeant du droit commun de façon permanente ou à titre expérimental. Corrélativement les organisations intermédiaires structurant l'offre de soins devraient se voir dotées de responsabilités et de moyens accrus au fur et à mesure de leur montée en charge. Une attention particulière doit, dans ce contexte, être portée à l'équité des moyens disponibles entre territoires, en prévoyant des mécanismes de péréquation en faveur des territoires les moins favorisés.

La question du niveau de collectivité est délicate. Sur certains sujets, une collectivité est naturellement en première ligne. Au-delà, s'il n'est pas nécessairement souhaitable, sur un sujet donné, de désigner partout la même collectivité responsable, il est important que sur un territoire donné et un sujet, une seule collectivité soit responsable. Sur les sujets pour lesquels il existe un risque de concurrence entre les interventions de collectivités, il importe de retenir un échelon territorial suffisamment large (a priori la région ou le département) ou de prévoir des processus de coordination. Pour le reste, plusieurs options peuvent exister, pour schématiser une option « régionaliste » et une option « départementaliste », le rôle des intercommunalités faisant moins débat. Une voie pragmatique consisterait à retenir une responsabilité régionale sur l'investissement hospitalier (non exclusive sur ce sujet) et la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEEC) territoriale, et de permettre des transferts ou des délégations de compétences à la carte sur les autres sujets, les collectivités retenues pouvant être selon les territoires la région, le département ou l'intercommunalité.

Cette déconcentration/décentralisation suppose l'abandon d'une logique aujourd'hui excessivement centralisée et descendante en menant notamment de façon déterminée l'action engagée en vue de structurer les acteurs de la proximité, en première ligne dans la gestion de la santé des populations. Il est à cet égard stratégique de doter ces acteurs des moyens d'agir et des données indispensables pour leur permettre de jouer dans la régulation du système leur rôle de façon éclairée. Il est corrélativement nécessaire que soient définis les cadrages et investissements qui doivent rester nationaux ou régionaux pour éviter des divergences ou duplications coûteuses.

Le HCAAM a prévu de prolonger ces réflexions, en particulier sur la qualification d'un système de santé centré sur la population et territorialisé.



## Encadré 6 : les possibilités d'intervention des collectivités territoriales

Les collectivités locales disposent dès aujourd'hui de réelles capacités d'intervention, dont nombre d'entre elles se saisissent et qu'il faut *a minima* mieux faire connaître, comme y contribue par exemple le guide de la DGOS et du commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) destiné aux élus locaux sur l'accès aux soins<sup>37</sup>. Elles sont cependant de nature très différente :

- Certaines compétences anciennes sont issues des lois de décentralisation de 1983 : il s'agit de la protection maternelle et infantile (PMI) et du médico-social pour les départements, et des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) pour le bloc communal (208 SCHS qui couvrent 15 millions d'habitants, mais ils interviennent surtout aujourd'hui sur la lutte contre l'habitat indigne). Dans la même logique de transfert de blocs de compétences, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confié aux régions la responsabilité des formations des professionnels paramédicaux.
- De manière plus ponctuelle, des possibilités d'intervention ont été définies par la loi pour la lutte contre les « déserts médicaux »<sup>38</sup> : aides à l'installation et au maintien de professionnels de santé, aux centres de santé, à la permanence des soins, indemnités de logement et de déplacement pour les stages de 3<sup>e</sup> cycle en médecine générale, « indemnités d'études et de projet professionnel » (équivalent du contrat d'engagement de service public (CESP) mais financé par une collectivité locale). Pour la cohérence avec l'Etat, il existe une contrainte, qui est de ne verser les aides à l'installation des professionnels de santé que dans les zones sous-denses définies par l'ARS selon une méthodologie nationale. Mais il semble que cette règle ne soit pas toujours respectée en pratique, de même que le plafonnement de ces aides ou les contreparties que les collectivités sont tenues d'exiger de leurs bénéficiaires aux termes du Code général des collectivités territoriales (CGCT).
- Enfin, les collectivités territoriales peuvent intervenir en matière de santé sur la base de dispositions générales. La commune est la mieux placée car elle conserve le bénéfice de la clause de compétence générale (qui permet de conduire toute action dans l'intérêt public communal), ce qui lui permet notamment de gérer des centres de santé. Ses attributions dans la délivrance de permis de construire et ses capacités de mobilisation du foncier lui donnent de multiples leviers pour susciter l'installation de professionnels de santé sur son territoire. S'agissant des départements et des régions, la situation est plus incertaine depuis la suppression de la clause de compétence générale par la loi « NOTRe » du 7 août 2015. Le département est compétent pour la prise en charge des situations de fragilité et le développement social<sup>39</sup>, sans que l'on sache très bien à quel point cela recouvre la santé. Quant à la région, elle est compétente pour promouvoir le « *développement sanitaire* »<sup>40</sup>, expression au sens incertain, et pour cofinancer des équipements collectifs d'intérêt régional<sup>41</sup>. Ces incertitudes n'empêchent pas des départements et des

<sup>37</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/acces-aux-soins-le-guide-pratique-pour-les-elus>

<sup>38</sup> Article L. 1511-8 du CGCT

<sup>39</sup> Article L. 3211-1 du CGCT.

<sup>40</sup> Article L. 4221-1 du CGCT.

<sup>41</sup> Article L. 4211-1 du CGCT.

régions d'intervenir, comme le montrent par exemple les initiatives du département de Saône-et-Loire ou de la région Centre-Val-de-Loire pour salarier des médecins.

La loi du 24 juillet 2019 a récemment prévu que les collectivités territoriales concourent avec l'Etat à la « *promotion de la santé* »<sup>42</sup>. La portée de cette modification, qui concerne les trois niveaux de collectivités (commune, département et région) apparaît néanmoins principalement symbolique et n'est pas de nature à clarifier le périmètre d'intervention de chacun. L'article L. 1111-2 du CGCT, que la loi du 24 juillet 2019 a complété, prévoyait déjà auparavant que les collectivités concourent au « *développement sanitaire* » et se présente comme une longue liste de sujets, parmi lesquels figurent également la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes et la lutte contre l'effet de serre. Le Conseil d'Etat a récemment jugé que les dispositions de l'article L. 1111-2 n'avaient pas pour effet d'autoriser les collectivités à intervenir dans d'autres domaines que ceux qui leur sont confiés, par ailleurs, par la loi (CE, 11 octobre 2017, *Département des Yvelines et autres*, n° 407347).

Concernant la cohérence entre les actions des collectivités territoriales et celles des ARS, au-delà des instances régionales et territoriales (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), conseils territoriaux de santé) qui réunissent les acteurs locaux dans leur diversité :

- les communes et les intercommunalités peuvent conclure un Contrat local de santé (CLS) pour mettre en cohérence leurs interventions avec celles de l'ARS : la démarche rencontre un certain succès (300 CLS sont actifs, chiffre stable depuis 2007) mais elle demeure facultative, pour les élus comme pour les ARS, dont la plupart ont développé des politiques de ciblage des CLS (historiquement sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, aujourd'hui sur les territoires les moins riches ou qui rencontrent des difficultés importantes).
- la loi du 24 juillet 2019 a créé une réunion annuelle obligatoire de concertation entre le directeur général de l'ARS et les élus locaux sur l'organisation des soins, qui constitue un premier pas vers une reconnaissance spécifique du rôle des collectivités territoriales<sup>43</sup>.

Concernant la cohérence entre les actions des différentes collectivités territoriales, aucun mécanisme de coordination (à l'exemple du chef-de-filat confié au département en matière sociale et à la région en matière de développement économique) ni même d'information réciproque n'est prévu. Or, les problèmes de concurrence entre collectivités pour attirer une ressource rare (médecins et dans une moindre mesure autres professionnels de santé) sont réels, et peuvent se traduire par une surenchère préjudiciable.

---

<sup>42</sup> Article L. 1111-2 du CGCT.

<sup>43</sup> Article L. 1434-15 du code de la santé publique.

### **Encadré 7 : les instruments juridiques possibles pour décentraliser la politique de santé**

Deux instruments sont à privilégier :

**Le transfert de compétences à titre expérimental** : dans le cadre de l'article 37-1 de la Constitution, la loi peut transférer une compétence à certaines collectivités territoriales pour une période déterminée, avec évaluation à l'issue du transfert pour décider de l'opportunité d'une généralisation<sup>44</sup>. Un tel transfert de compétences peut s'accompagner de la possibilité pour la collectivité de déroger, toujours à titre expérimental, à certaines dispositions législatives régissant l'exercice de la compétence transférée (4<sup>e</sup> alinéa de l'article 72 de la Constitution).

**La délégation de compétences** : la délégation de compétences doit être prévue par la loi et donne lieu à une convention entre la personne publique compétente (qui serait en pratique, pour la plupart des sujets évoqués, l'ARS) et le délégataire. Elle présente plusieurs avantages : elle est souple (liberté de choix du nombre de collectivités délégataires, pas forcément sur un unique échelon territorial), réversible et ne prive pas le délégant de tout droit de regard sur la mise en œuvre de la compétence. C'est sur les aides à la pierre en matière de logement que la délégation de compétences a été la plus utilisée.

Qu'il s'agisse de transfert de compétences ou de délégation, il importe que la collectivité dispose des moyens d'exercer la compétence et reçoive donc les financements correspondants. Les collectivités pourraient aussi se voir confier la gestion d'une partie du FIR, notamment dans le cadre des missions 1 (promotion de la santé et prévention), 3 (Permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire) et 5 (démocratie sanitaire).

---

<sup>44</sup> Ainsi, la décentralisation de la gestion des fonds structurels européens a d'abord été expérimentée en Alsace entre 2003 et 2013, avant d'être généralisée.



# ANNEXES





## Annexe 1 : Pourquoi réguler le système de santé ?

Canguilhem (1972) définit la régulation comme « l'ajustement, conformément à quelque règle ou norme, d'une pluralité de mouvements ou d'actes et de leurs effets ou produits que leur diversité rend d'abord étrangers les uns les autres ».

Le terme régulation apparaît explicitement au 19<sup>ème</sup> siècle en mécanique puis en physique, biologie et médecine avant d'être repris dans les sciences sociales et en économie au cours des années 1970, porté par l'approche systémique.

La régulation économique concernerait toutes les actions adaptées qui maintiendraient ou rétabliraient un état considéré comme souhaitable d'un système économique<sup>45</sup>.

Des actions collectives, en particulier des pouvoirs publics, sont à mener lorsqu'un système connaît des déséquilibres ou ne peut pas intrinsèquement, de façon spontanée, s'auto-organiser, trouver l'équilibre et atteindre ses objectifs.

Or, le système de santé se voit assigner des objectifs multiples :

- Rendre adéquate l'offre à la demande ;
- Dans un souci d'équité et de réduction des inégalités ;
- Et d'amélioration de l'efficience ;
- Sous contrainte d'équilibre budgétaire de moyen terme ;
- Sans freiner la diffusion du progrès technique.

Dans ce cadre complexe, susceptible de conduire à des conflits d'objectifs, le système de santé doit faire l'objet d'une régulation pour de nombreuses raisons :


- L'asymétrie d'information entre les professionnels de santé et les patients d'une part, entre les assurances santé et les professionnels d'autre part, ne permet pas d'envisager que soit atteinte spontanément une adéquation efficiente entre demande et offre et une équité dans l'accès aux soins.
- Cette observation est renforcée par les difficultés à mesurer les « besoins » de soins<sup>46</sup> ainsi que les résultats et la qualité des soins ; et pour ces derniers, lorsque ces mesures sont effectuées, à diffuser ces informations auprès du public concerné.
- En outre, existe le risque d'éviction de certains soins pour certaines catégories de population, malgré l'existence d'une couverture généralisée des soins par les assurances maladie obligatoires et complémentaires, et ce, pour différentes raisons : financières, géographiques, socio-culturelles, organisationnelles.

La question de la couverture géographique du territoire national pour les différents services de santé pose un problème spécifique avec l'identification de « déserts médicaux », non seulement du fait d'une démographie des professionnels libéraux inégalement répartie, mais aussi du fait de difficultés de recrutement que connaissent certains établissements de santé. De nombreux postes vacants y sont observés (en raison aussi bien de problèmes d'attractivité géographique que d'attractivité de

---

<sup>45</sup> Voir Jean-Pierre Chanteau, « Théorie de la régulation, régulations, « régulationnistes » : éléments de méthodes et conditions d'une communauté épistémique », *Cahiers d'économie politique*, 2017/1 – n°72.

<sup>46</sup> Ce terme de "besoins" est usuel même s'il est inapproprié ; on ne mesure jamais les besoins, mais la demande de soins. Les besoins de santé, concernant le bien le plus précieux que l'on possède, sont potentiellement infinis, et il est difficile de fonder un raisonnement sur un terme infini. Malgré cette observation, nous gardons tout de même ce terme dans le texte au regard de sa large utilisation dans le langage courant.



la fonction publique pour certains métiers et certaines spécialités médicales pour lesquels les rémunérations et les conditions de travail sont meilleures dans le secteur privé), entraînant un développement massif du recours à l'intérim (rendu nécessaire car lorsque les postes demeurent vacants, la pression empire), générant un climat délétère dans les établissements concernés.

- De multiples exemples soulignent l'existence de non pertinence des soins, à la fois par sur-consommation de soins peu ou pas utiles et à l'inverse, par sous-consommation de soins utiles ; l'observation d'importantes disparités géographiques de recours aux soins dans tous les domaines confirme ce constat.
- Le poids relatif des dépenses de santé dans la richesse nationale est tel qu'aucun État ne peut se désintéresser de son évolution.
- Et ce d'autant plus que les tendances « naturelles » à la hausse des dépenses de santé sont nombreuses : vieillissement, morbidité avec notamment explosion du nombre de patients atteints de maladies chroniques, progrès technologiques conduisant dans certains segments à produire des soins de plus en plus coûteux. A ceci s'ajoutent les risques tels que les pandémies, dont l'épisode actuel illustre le coût.

D'une manière générale, le système actuel, fondé sur la résolution technique de problèmes de santé aigus, n'est pas adapté aux maladies chroniques ni aux attentes des patients comme des professionnels. Il est impératif de mieux organiser les parcours, de gérer correctement les situations complexes, de faciliter davantage le maintien à domicile des personnes âgées, toutes choses que « l'ancien système » (i.e. le système actuel) n'avait pas dans ses attributions.

Un effet de génération vient s'ajouter à tout cela, que l'on peut résumer ainsi : impatience croissante des usagers lorsqu'ils ressentent le besoin de s'adresser au système de santé, volonté plus grande des professionnels de garder du temps pour leur vie personnelle. Ces évolutions sociologiques sont pour beaucoup dans les difficultés ressenties par la population, alors que les indicateurs quantitatifs de l'état de santé de la population ne sont pas mal orientés<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Même si on assiste à un ralentissement des gains d'espérance de vie comme dans la plupart des pays développés.



## Annexe 2 : Bref historique de la régulation mise en œuvre dans les principaux domaines

Le secteur médico-social n'est pas traité.

### **Secteur libéral**

Le système de régulation des dépenses envisagé initialement pour la médecine libérale, fondé sur des enveloppes d'honoraires et de prescriptions, a été invalidé en 1998 par le Conseil d'Etat et le Conseil Constitutionnel, refermant la piste de la « maîtrise comptable » en faveur d'une « maîtrise médicalisée » pour reprendre la terminologie de l'époque. Cependant, plusieurs outils testés dans le cadre de cette maîtrise médicalisée ont été rapidement abandonnés (accords de bon usage des soins, accords de bonne pratique...) et n'ont pas eu d'impact significatif. Le dispositif comptable des « lettres-clés flottantes » a été à nouveau tenté en 2000 mais a été supprimé en 2003.

Cela a eu comme conséquence de renforcer le rôle de la politique conventionnelle, où l'assurance maladie négocie une convention pluri-annuelle avec chaque profession de santé, celle-ci fixant non seulement les règles tarifaires (à l'acte ou sous une autre forme) mais aussi les missions (santé publique, accès aux soins...), les formes d'organisation (avec quelques épisodes intercurrents comme l'annulation par le Conseil d'Etat en 1998 de l'option du « médecin référent »), les questions de formation, d'évaluation des pratiques, la coordination des soins...

La répartition des rôles entre Etat (pour l'hospitalisation) et Assurance maladie (pour la ville) a été ainsi confirmée.


Les outils à la disposition de l'Assurance maladie pour accompagner cette politique conventionnelle et la « maîtrise médicalisée » se sont étoffés avec par exemple l'extension du dispositif d'accord préalable (qui a même été étendu à la chirurgie ambulatoire en secteur hospitalier) ou le renforcement des dispositifs de contrôle des arrêts de travail.

Notons au passage l'épisode du MICA, le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins : devant l'observation d'une densité médicale trop importante, ce mécanisme avait été mis en place en 1988 ; il devait s'éteindre en 1999 et a en fait été prolongé jusqu'en 2004, au moment où les acteurs révisaient brutalement leur diagnostic sur la démographie médicale française...

Des mesures en faveur de l'installation de professionnels de santé dans les zones jugées insuffisamment dotées ont par la suite été régulièrement prises, dans les lois ou dans les conventions, pour tenter de résorber les inégalités territoriales, avec des succès modestes.

Surtout, des mesures ont été prises depuis une dizaine d'années en faveur du renforcement du rôle du médecin généraliste (défini dans la loi de 2009), et de la constitution de maisons ou pôles de santé, pour privilégier un exercice collectif, pluridisciplinaire en ville, avec de multiples objectifs : continuité des soins, permanence des soins, attractivité pour les jeunes professionnels, possibilité de développer des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique, participation à la formation des internes... Cette politique en faveur des équipes de soins primaires a été continue (après une période d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération, l'accompagnement financier a été confirmé dans le texte conventionnel), associée à la promotion de deux types d'organisations devant améliorer la coopération et la coordination des soins : les PTA et les CPTS.

Parallèlement, pour faire face à ce qui est considéré comme une pénurie médicale, des tâches nouvelles peuvent être assurées par les pharmaciens d'une part (dont le mode de rémunération a été modifié de façon importante), les infirmières d'autre part ; en outre, des protocoles de coopération pérennes ont vu le jour : entre ophtalmologistes et orthopédistes, entre médecins et infirmières dans le cadre d'Asalée...



Enfin, la biologie médicale a fait l'objet d'une réforme en profondeur de sa régulation, ayant conduit dans le secteur libéral à une concentration des laboratoires et des plateaux techniques, remettant potentiellement en cause le rôle du biologiste médical dans un environnement devenu très capitalistique.

### **Secteur hospitalier**

En régime de dotation globale (hôpitaux publics) et d'OQN (cliniques privées lucratives), la régulation du secteur hospitalier reposait essentiellement sur la planification de l'offre, en phase avec les schémas régionaux d'organisation des soins. A partir de 2003 et surtout 2004, avec la mise en place du plan Hôpital 2007 et le démarrage de la tarification à l'activité, la situation change en profondeur, la régulation devant aussi s'intéresser à l'évolution de l'activité et des dépenses hospitalières. Un fort volet investissement a aussi été engagé dans les plans Hôpital 2007 et 2012.

Les objectifs de la T2A étaient de mettre en place un système de répartition entre établissements de l'enveloppe des dépenses hospitalières plus équitable, plus transparent, et d'inciter les établissements à améliorer leur productivité (surtout à destination des hôpitaux publics, puisque les cliniques privées disposaient déjà de cet incitatif, étant payées à l'activité depuis toujours).

Lors de la première période de la T2A, la convergence tarifaire public/privé était aussi visée, avec une clarification progressive des missions et des charges pesant sur chaque secteur ; cette politique a été stoppée en 2013.

Des tentatives de « réforme » de la T2A ont été évoquées à plusieurs reprises au cours des années 2010, sans remise en cause à ce jour des principes et des mécanismes. Par contre, des modèles tarifaires adaptés ont été mis en œuvre pour les établissements isolés, pour les établissements de proximité, pour certaines activités comme les SMUR et bientôt les services d'accueil des urgences. La réforme tarifaire en SSR et en psychiatrie est en revanche toujours à la recherche d'un modèle finalisé, en raison de la complexité et la diversité des activités.

En 2019 et 2020, débutent par contre les premiers forfaits pour prise en charge d'une pathologie chronique (insuffisance rénale chronique et diabète), en secteur hospitalier, visant une meilleure coordination des soins dans le temps.

L'observation étant que l'augmentation « naturelle » des charges hospitalières est supérieure à l'évolution de l'ONDAM, des mesures visant à améliorer la productivité hospitalière sont prises chaque année dans le cadre des « plans ONDAM » : bascule vers l'ambulatoire, optimisation des achats...

Sur le plan de la planification de l'offre, le mouvement a été de favoriser, voire de contraindre, la coopération entre hôpitaux publics, se traduisant en fin de période, après de nombreux épisodes intermédiaires<sup>48</sup>, par la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont l'objectif plus ou moins explicite est de mettre en place sur chaque territoire un groupement intégré d'établissements publics (l'intégration ayant été renforcée dans la loi de 2019), pour répondre à la restructuration des établissements privés, opérer des gains de productivité par mutualisations de certaines fonctions, et constituer une masse critique pouvant répondre à de nouveaux besoins territoriaux.

On pourra enfin noter la tension entre interventionnisme régulier de la législation et de la réglementation dans la gouvernance interne des hôpitaux publics, avec des aller-et-retour plutôt déstabilisants pour les acteurs hospitaliers, et l'idée d'une autonomie des établissements.

---

<sup>48</sup> dont les groupements de coopération sanitaire (GCS), les communautés hospitalières de territoire créées dans la loi de 2009





## Mesures en faveur de la qualité, la pertinence et la performance

A partir de 2008, l'assurance maladie a commencé à proposer aux médecins des rémunérations sur objectifs (relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins,...), qui ont conduit à l'actuelle ROSP, visant à diversifier les modes de rémunération et produire des incitatifs en faveur de certaines pratiques.

Des outils ont été mis en place aussi dans le secteur hospitalier pour diffuser la culture de la qualité et de la performance, sous l'égide en particulier de la HAS, avec mise en place du paiement à la qualité dans les établissements de santé (IFAQ), après une longue période où les indicateurs de qualité recueillis n'étaient utilisés qu'à titre informationnel.

Au sein des établissements, des contrats de qualité et de pertinence ont été conclus depuis le début de la T2A et de la mise en place des listes en sus pour les produits de santé les plus coûteux : au départ, il s'agissait du contrat de bon usage dédié à ces produits, puis se sont ajoutés le contrat de pertinence, le contrat d'amélioration des pratiques, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins, l'ensemble ayant été fusionné en 2016 sous un seul et nouveau contrat (CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins).

En 2012, est créé le fonds d'intervention régional (FIR) qui regroupe plusieurs missions d'intérêt général, une partie des aides à la contractualisation, etc. pour constituer un fonds devant permettre de financer des actions transversales, regroupées en 4 axes : prévention, amélioration de la qualité et de la coordination de l'offre de soins, permanence des soins et répartition territoriale des structures et professionnels, efficacité des organisations et conditions de travail de leurs personnels.

En 2019, le dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé est étendu, suite aux recommandations de la « task-force » pour la réforme du financement.


### De nombreuses expérimentations

A la fin des années 90, a été engagée une politique volontariste en faveur de la création des réseaux de soins (ou de santé, les termes ont varié), à titre expérimental, avec des évolutions sur le rôle à leur faire jouer : soutien à des politiques de santé publique ? composante de refonte de l'organisation du système de soins ? amélioration de la coordination ville-hôpital ? expérimentation de nouveaux modes de rémunération ?... Tous ces rôles ont à un moment ou à un autre été envisagés, mais ce développement des réseaux s'est heurté (outre la lourdeur des procédures), d'une part à la multiplicité des modèles et la difficulté de leur généralisation, et d'autre part à une révision complète de la vision des pouvoirs publics sur ce sujet dans les années 2004-2005, conduisant à les réorienter sur un rôle strict de coordination.

Les récentes expérimentations soutenues dans le cadre du dispositif mis en place par l'article 51 de la LFSS pour 2018 reprennent cet esprit, avec davantage de professionnalisme de la part de l'ensemble des acteurs. Ces expérimentations ont un champ très large, permettant de déroger aux règles en vigueur de rémunération des soins, et visent d'une manière générale à faire émerger de nouvelles organisations dans les secteurs sanitaire et médico-social afin d'améliorer le parcours du patient.

Entretiens, d'autres expérimentations ont été lancées, comme PAERPA pour les personnes âgées, les territoires santé numérique (TSN), les hôtels hospitaliers... la plupart étant reprises sous le nouveau dispositif de l'article 51.

L'activité de télémédecine a aussi fait l'objet d'une longue phase d'expérimentations avant de passer en 2018 dans le cadre commun de la tarification (la télésurveillance restant



cependant au stade de l'expérimentation) et de connaître un développement massif au moment de la crise liée à la COVID-19.

### **Produits de santé**

Le domaine du médicament a fait l'objet de mesures de régulation successives au gré des LFSS, faisant porter sur l'industrie pharmaceutique un certain nombre d'objectifs globaux depuis la mise en place de la clause de sauvegarde en 1999, se traduisant par une fiscalité spécifique (taux K, puis L, puis M ; montant W...). Ce type de mécanisme a été étendu aux dispositifs médicaux en 2020.

Par ailleurs, une politique continue en faveur des médicaments génériques a été poursuivie, via des mesures régulièrement votées dans le cadre des LFSS.

Une attention particulière est également portée à la liste en sus, les critères d'inscription d'un produit ayant été notamment restreints.

### **Accompagnement de l'innovation**

Plusieurs vecteurs et organisations ont été institués pour favoriser l'innovation : ciblage des MERRI vers les établissements les plus actifs (en termes de publications, d'essais cliniques), forfait innovation (modifié à plusieurs reprises), référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomo-pathologie (RIHN), plan génomique 2025, régulation du coût des traitements innovants, création d'une délégation à l'innovation (arrêtée fin 2018)... mais les hésitations dans ces domaines, l'absence d'une vision de moyen terme, le manque de pilotage freinent les effets de ces différents outils. Illustration de ces hésitations, le système des ATU pour l'accès précoce aux médicaments innovants a fait l'objet de mesures de révision en 2014, 2017, 2019 et 2020.

Dans le domaine du numérique, avec le retard pris pour le déploiement du DMP (annoncé dans la loi de 2004), on ne peut pas encore parler de révolution des usages, mais les briques sont maintenant en place pour développer un système d'échanges de données de santé utile et sécurisé. La loi de 2019 prévoit à cet égard un espace numérique de santé pour les usagers.

### **Mesures assurantielles**

De temps à autre, des mesures visant à accroître le paiement par les patients sont prises, via des déremboursements de médicaments, la hausse du forfait hospitalier ou la mise en place du forfait de 1 € par acte, mais ces mesures ne représentent pas une politique continue de régulation. Elles ne cherchent en quelque sorte qu'à limiter l'augmentation structurelle du taux de remboursement global des dépenses par l'assurance maladie du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de patients en ALD.

Par ailleurs, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en-dessous d'un certain plafond de ressources ont été modifiés à plusieurs reprises dans le but d'étendre le nombre de bénéficiaires. En outre, le dispositif du tiers-payant en médecine de ville est étendu, et le dispositif « reste à charge 0 » en optique, dentaire et audioprothèse est engagé.

## Annexe 3 : Comparaisons internationales d'indicateurs épidémiologiques

Dans les comparaisons internationales, la France se distingue par (cf. graphiques) :

### Points positifs :

- De très bons résultats sur l'espérance de vie à la naissance chez les femmes ;
- Une très bonne espérance de vie à 75 ans ;
- De très bons résultats sur la mortalité cardiovasculaire.

### Points négatifs :

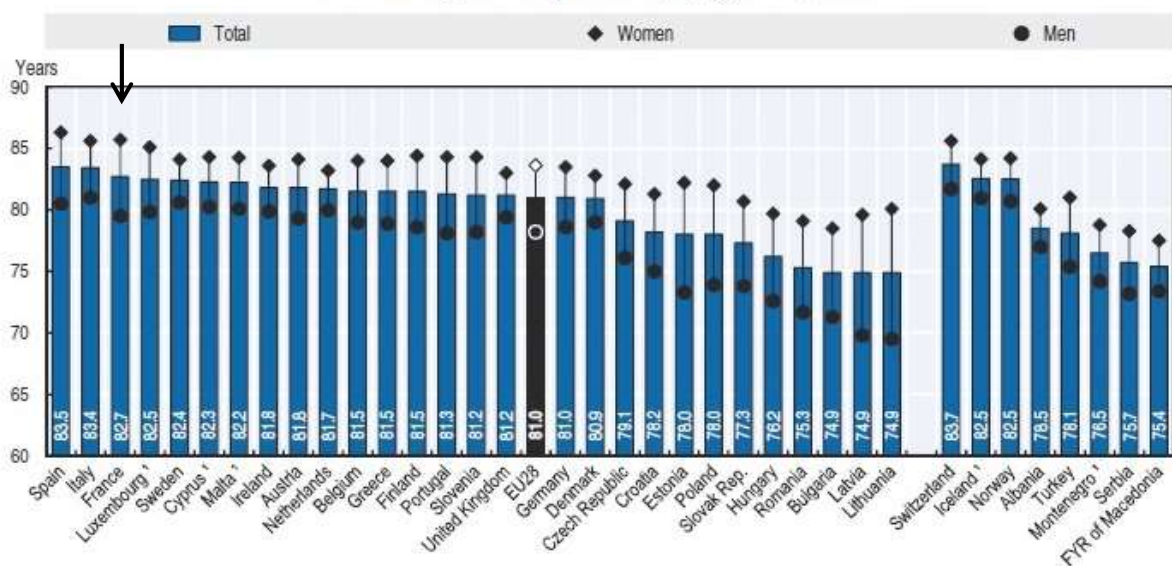
- De moins beaux résultats sur l'espérance de vie à la naissance chez les hommes ;
- Une mortalité prématurée encore élevée, malgré des évolutions favorables (sur le SIDA, l'accidentologie routière) ;
- De fortes inégalités sociales de santé chez les hommes ;
- De moins bons résultats dans certains domaines spécifiques : consommation pharmaceutique, consommation d'alcool, suicides...

→ **Le système de soins connaît des succès dans son rôle curatif, mais pas lorsqu'il s'agit de prévention, de modification des comportements à risque.**

→ **Un potentiel d'amélioration existe dans certains domaines** : suicides, consommation d'alcool (et aussi tabac, mais la politique est bien engagée), sachant que toutes les actions ne relèvent pas du système de soins.

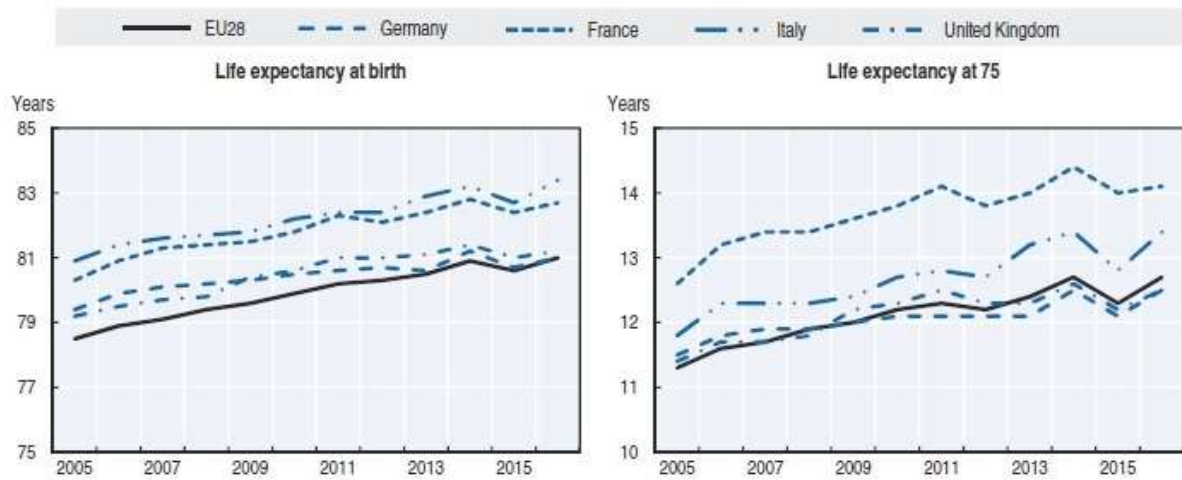
La France est en 3<sup>ème</sup> position pour l'espérance de vie à la naissance chez les femmes :

### 3.1. Life expectancy at birth, by gender, 2016



La France est particulièrement bien positionnée pour l'espérance de vie à 75 ans (graphique de droite) :

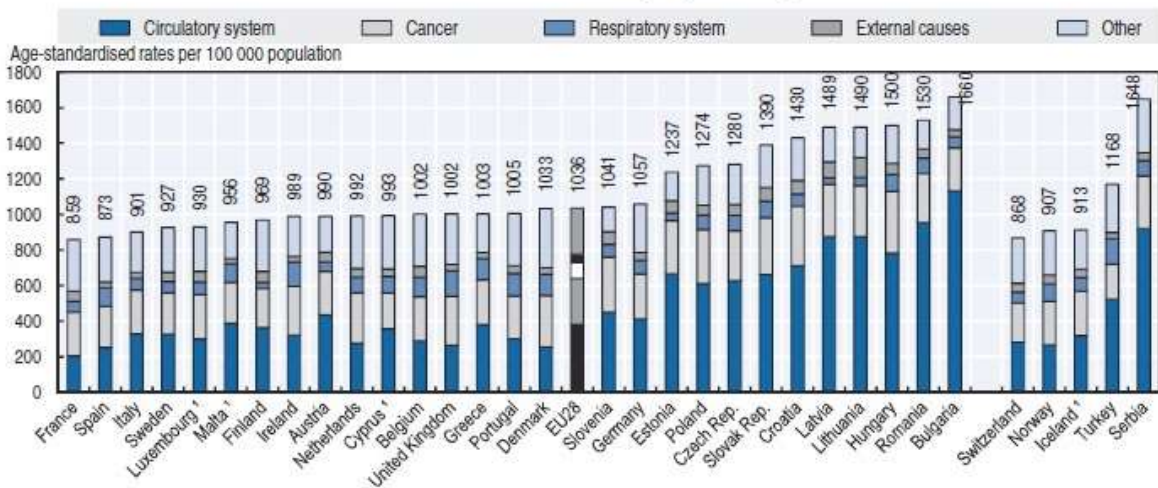
### 3.2. Trends in life expectancy, 2005-16



Source: Eurostat Database.

La France a les taux de mortalité cardiovasculaire les plus bas :

### 3.8. Main causes of mortality by country, 2015



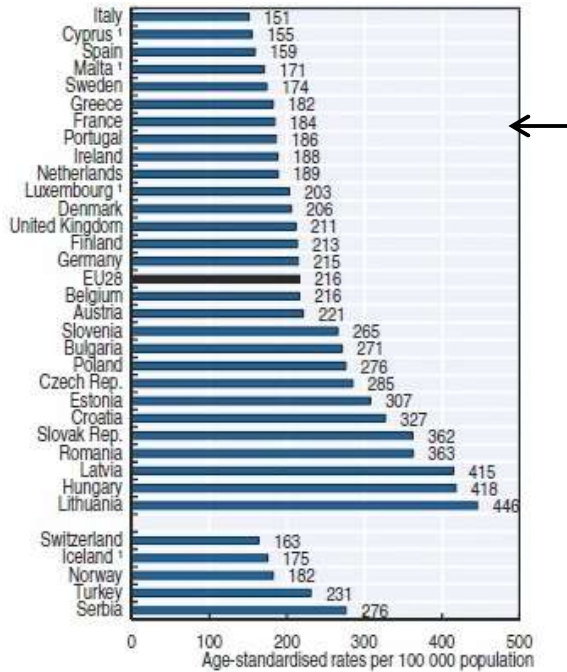
1. Three-year average (2013-15).

Note: External causes of death include accidents, suicides, homicides and other causes.

Source: Eurostat Database.

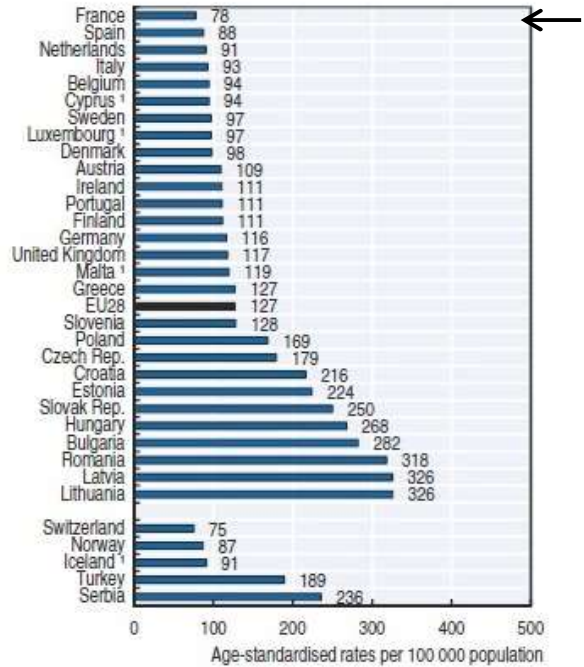
La faible mortalité cardiovasculaire est l'un des facteurs rendant compte de la bonne position de la France sur le taux de mortalité évitable lié au système de soins (ci-dessous à droite). Mais on observe un moins bon positionnement pour la mortalité évitable liée à la prévention / promotion de la santé (ci-dessous à gauche).

### 6.2. Preventable mortality rates, 2015



1. Three-year average (2013-15).  
Source: Eurostat Database.

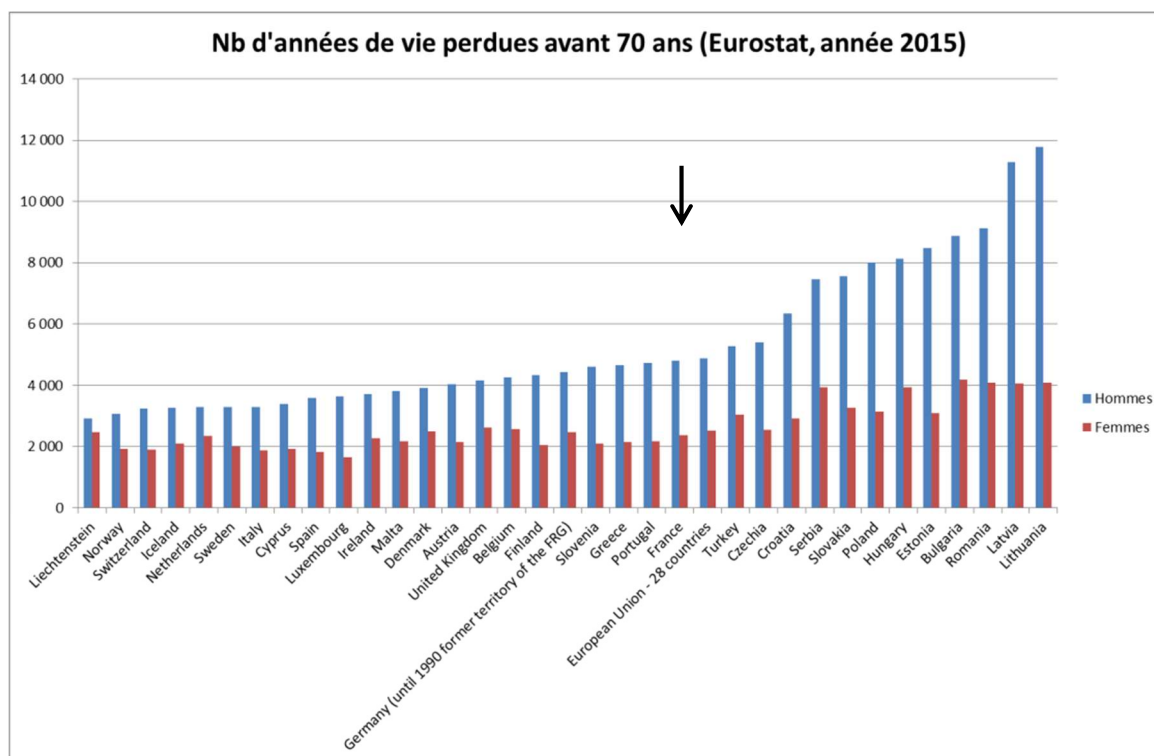
### 6.3. Amenable mortality rates, 2015



1. Three-year average (2013-15).  
Source: Eurostat Database.

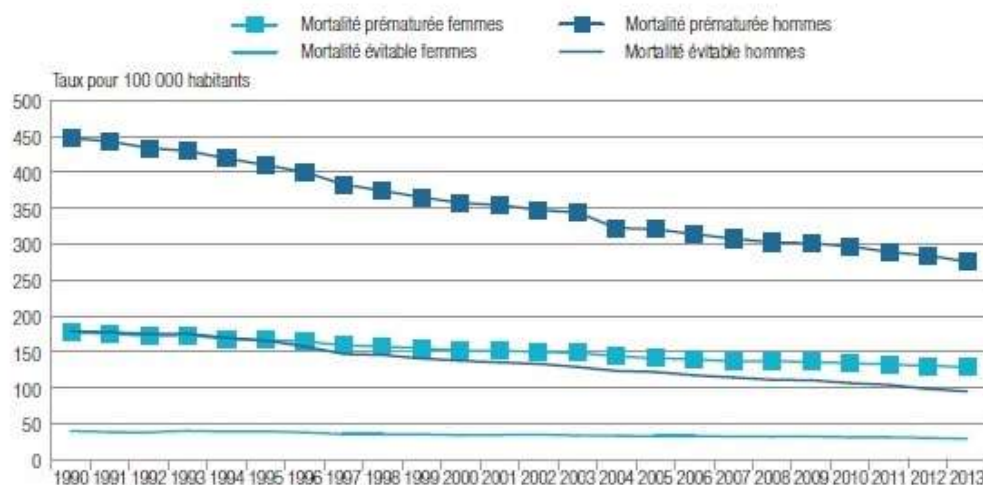


Sur la mortalité prématurée, la France est mal positionnée pour les hommes (malgré le faible taux de décès pour cause cardiovasculaire) :



Mais la situation s'est améliorée depuis 1990 (source : Rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France) :

**Évolution des taux standardisés\* de mortalité prématurée (< 65 ans) et de mortalité évitable**



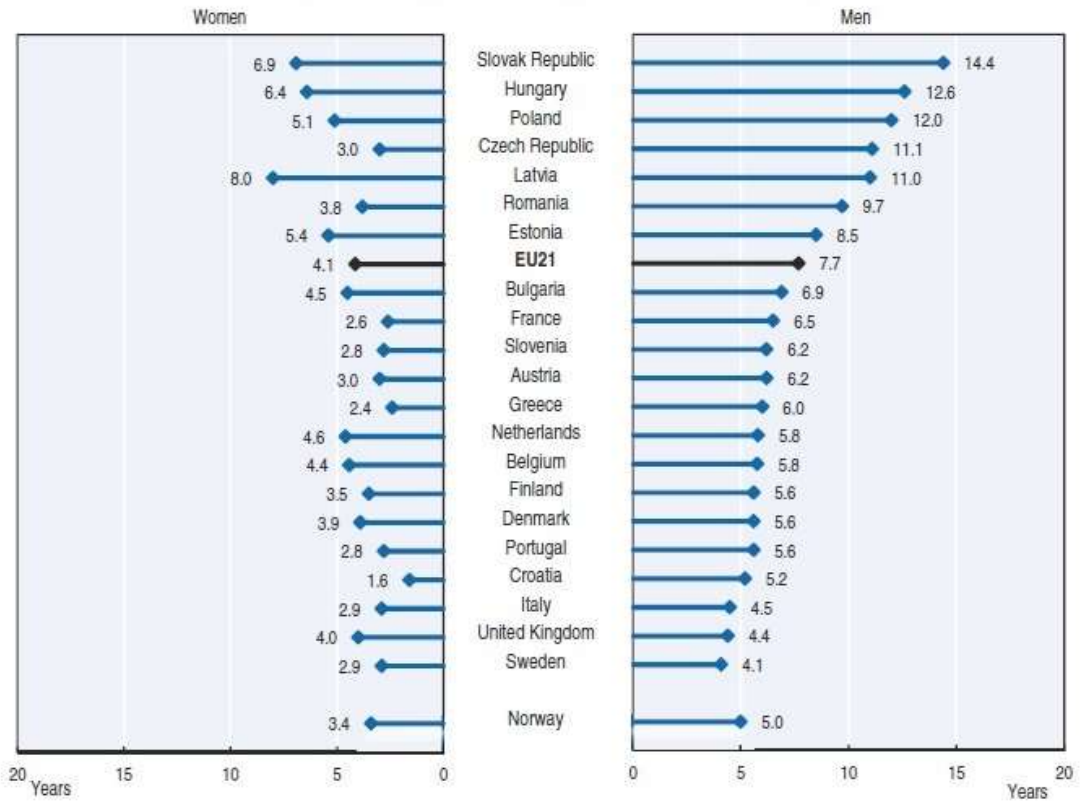
\* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc); statistiques démographiques (INSEE).

La France est mal positionnée pour les inégalités sociales de santé pour les hommes, mais parmi les pays les mieux placés pour les femmes (causes des écarts : consommation de tabac, d'alcool, accidents, suicides) :

### 3.3. Gap in life expectancy at age 30 between people with the lowest and highest level of education, 2016 (or nearest year)



Note: Data refer to 2012 for France and Austria and to 2011 for Latvia, Belgium and the United Kingdom (England). EU average is unweighted.

Source: Eurostat Database; national sources or OECD calculations using national data for Austria, Belgium, France, Latvia, the Netherlands and the United Kingdom (England).

## Annexe 4 : Exemples étrangers de modèles de prospective en matière de ressources humaines de santé

*Cette annexe est une synthèse du document suivant : Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. June 2013.*

La prospective des ressources humaines doit être vue comme un cadre de réflexion. Il s'agit avant tout d'un outil de « construction de l'avenir » cherchant à identifier les tendances lourdes, les signaux faibles et les ruptures, à dessiner le champ des devenirs et des possibles, et dont l'objectif principal est de trouver un juste équilibre entre la demande et l'offre de soins, à court et moyen terme.

La prospective des ressources humaines est souvent opposée aux modèles de prévisions qui reposent sur « l'extrapolation du passé » (Jouvenel De H., 1999), en prolongeant dans le futur les grandes tendances observées dans le passé récent.

Les modèles de prospective en matière de ressources humaines en santé sont fondés sur un certain jeu d'hypothèses concernant l'évolution future de l'offre (formation, comportements de départ à la retraite, évolution du temps de travail, progrès technique, etc.) et de la demande (démographie, épidémiologie, nouveaux traitements, exigences des patients, etc.). Le nombre de facteurs impactant la demande est plus important et l'incertitude les concernant encore plus grande que celle pesant sur les facteurs (en nombre plus limité) explicatifs de l'offre.

### **Offre de soins : les modèles de projections d'effectifs**

Il existe deux principaux modèles : « composantes ou flux-stock » et « microsimulation ».

#### **- Les modèles par composantes ou « flux-stock »**

Ces modèles concernent une large partie des 26 modèles présentés dans le rapport de l'OCDE, en particulier du fait de leur relative simplicité de mise en œuvre.

L'unité de simulation retenue par ces modèles est la classe (correspondant aux croisements de plusieurs variables). Plus précisément, les professionnels de santé sont segmentés en différents groupes, dont le niveau de granularité varie en fonction des données disponibles et de leur pertinence (tranche d'âges \* sexe \* structures d'exercice \* région,...) au regard des objectifs ciblés par le modèle. Ce type de modèle suppose que chaque professionnel au sein d'une classe se comporte de la même façon.

Ce type de modèle est à privilégier si l'objectif est de disposer de projections d'effectifs au niveau national, sur un nombre de classes limité.


Exemples : Health worforce 2025 (Australie, 2012) ; Health human resource model (Canada, 2007).

#### **- Les modèles de micro-simulation**

Dans ces modèles, les trajectoires individuelles (formation, insertion sur le marché du travail, région d'installation, choix de la structure d'exercice, changement de région, de spécialité, retraite, décès,...) de chaque professionnel sont simulées. L'unité de simulation retenue par ces modèles est donc l'individu.

Ce type de modélisation présente une grande utilité pour les pouvoirs publics, puisqu'il peut permettre d'identifier les préférences des individus et agir sur ces dernières pour ajuster offre et demande de soins (en menant par exemple une politique d'incitation).





Les décisions des professionnels relatives à chaque évènement (choix de la région d'installation, départ à la retraite, etc.) sont estimées en fonction de paramètres multiples (exemple : retraite en fonction de l'âge, du sexe et de la spécialité). Ce type de modèle est plus complexe à mettre en œuvre : plus le modèle est sophistiqué (au sens où un nombre important d'évènements est pris en compte), plus le nombre de paramètres à estimer est important. Ils sont à privilégier si l'objectif ciblé par le modèle est de pouvoir disposer d'effectifs en fonction du croisement de plusieurs variables/modalités (par exemple : région \* spécialité).

Exemples : Open-Source Model for Projecting Physician Supply and Demand (USA, 2012) ; Modèles de projections des médecins et infirmiers (France, 2017 et 2018<sup>49</sup>).

- **Principaux facteurs agissant sur l'offre de soins intégrés dans les modèles**

L'offre de soins est principalement dépendante de trois grandes catégories de facteurs :

- Les entrées : diplômés nationaux (principal facteur intégré dans les modèles), Diplômés étrangers, migrations (professionnels formés à l'étranger).
- Les sorties : changements de spécialité, changements de mode d'exercice, émigration, cessations d'activité (temporaire / retraite), décès.
- Le stock de professionnels en exercice, mesuré en nombre de professionnels ou en équivalent temps-plein<sup>50</sup>.

Tous ces paramètres ne sont pas forcément intégrés de façon exhaustive dans les modèles internationaux ; leur prise en compte dépend de plusieurs facteurs : disponibilité des données, compétences et ressources disponibles au sein des organismes statistiques pour mettre en œuvre le modèle, etc.

**Projection de la demande de soins : plusieurs approches.**

On peut distinguer cinq approches pour modéliser la demande de soins.

- **Première approche :**

L'approche la plus simple, et la plus utilisée, consiste à ne tenir compte que de l'évolution projetée de la population. On ramène ensuite le nombre de professionnels projetés à l'effectif de la population projetée. La taille de la population permet *a minima* de tenir compte de l'augmentation de la longévité, mais aussi des changements en termes de natalité ou de politique migratoire.

Exemples : Chili, France.

- **Deuxième approche :**

Une deuxième approche consiste à tenir compte de la structure de la population (par tranche d'âge et sexe) et du taux de recours aux soins par profil (en s'intéressant à la consommation/dépenses (Belgique) ou aux données de facturation (Canada)), puis à maintenir ce taux constant.

Exemples : Belgique et Canada.

---

<sup>49</sup> DREES, Etudes et Résultats n° 1062, mai 2018, « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », Christine Millien et DREES, Etudes et Résultats n° 1011, mai 2017, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Marion Bachelet et Marie Anguis.

<sup>50</sup> Ce qui peut changer significativement le diagnostic que l'on peut poser sur la quantité d'offre de soins, si, comme c'est le cas en France par exemple aujourd'hui, on assiste à une diminution du temps de travail des professionnels.



- **Troisième approche :**

La troisième approche consiste à dépasser l'hypothèse de taux d'utilisation de soins constant en tenant compte :

- de l'évolution de l'état de santé en fonction de facteurs épidémiologiques : apparition de maladies, augmentation/réduction de la prévalence de certaines maladies chroniques (diabète par exemple) pouvant être corrélée à des changements dans l'exposition aux facteurs de risque (diminution de l'activité sportive, facteurs environnementaux, etc.), évolution de la morbidité (compression / expansion / maintien). Compte-tenu du nombre de facteurs de risque et du nombre élevé de maladies, cette approche exige de disposer d'une grande quantité d'informations pouvant provenir de sources administratives, d'enquêtes, d'avis d'experts.

Exemples : Allemagne, Suisse, Pays-Bas.

- des besoins non satisfaits (on passe ainsi d'une approche fondée sur l'utilisation des soins à une approche fondée sur les besoins). L'évaluation de l'écart entre le taux d'utilisation des soins et les besoins non satisfaits s'appuie sur des enquêtes démographiques ou des données permettant d'appréhender les écarts entre l'utilisation effective des « soins » et l'utilisation recommandée (par exemple un bilan bucco-dentaire annuel pour les diabétiques en France).

Exemple : Ontario : modèle intégrant la part de la population sans médecin généraliste régulier, la signalisation de besoins non-satisfaits par les patients, des tendances en termes d'incidence/prévalence de 10 maladies repérées comme prenant le plus de temps aux médecins (mise en place d'une enquête).

- **Quatrième approche :**

La quatrième approche consiste à tenir compte des changements dans l'organisation des soins : réorientation des soins hospitaliers vers les soins primaires, les soins à domicile, etc.

Exemple : Pays-Bas : Compensation de l'augmentation croissante prévue de la demande en médecins généralistes due aux transferts continus de tâches réalisées par les médecins hospitaliers vers les médecins généralistes, en déléguant certaines tâches effectuées par les médecins généralistes à des « auxiliaires ».

- **Cinquième approche :**

Une dernière approche intègre la croissance projetée de l'économie et des dépenses de santé.

Exemples :

Norvège : La croissance du PIB et son impact sur la demande de services médicaux sont pris en compte en supposant que la croissance économique créera des attentes et une utilisation des services au-delà de l'impact des seuls changements anticipés de la démographie.

Israël : En reflétant la croissance de la productivité des agents de la santé, la croissance du PIB anticipée pourrait absorber la demande supplémentaire de services de santé.



## Annexe 5 : Focus sur le modèle de planification médicale des ressources humaines mis en place par les Pays-Bas

Cette annexe présente de façon plus détaillée le modèle néerlandais de planification médicale des ressources humaines mis en place en 2012 par le Comité consultatif sur la planification de la main-d'œuvre médicale (ACMMP) - organe consultatif indépendant - en collaboration avec l'Institut néerlandais de recherche sur les services de santé (NIVEL).

En effet, depuis plus de 20 ans, le ACMMP, en coopération avec NIVEL, mène un gros travail pour mettre à jour très régulièrement les projections de demande et d'offre de médecins et de dentistes aux Pays-Bas, et formule régulièrement des recommandations en termes de formation pour répondre à la demande prévue.

Cet exemple est également intéressant dans la mesure où il intègre, du côté de la demande, des facteurs d'évolution de l'état de santé et de transferts de tâches.

### **Objectifs du modèle :**

- Évaluer l'écart entre l'offre et la demande pour les différentes catégories de professionnels (médecins, dentistes, hygiénistes dentaires, pharmacologues cliniques, chimistes cliniques, etc.) ;
- Estimer le flux annuel requis dans les programmes de formation en médecine, en fonction de l'écart attendu entre l'offre et la demande pour les 10 à 20 prochaines années.

### **Période de projection : 2010-2028**

### **Méthode :**

- Approche « macro » s'appuyant sur des données empiriques (registre, enquêtes auprès des professionnels de la santé, projections démographiques) et l'avis d'experts ;
- Le modèle évalue l'influence de plusieurs facteurs concernant l'offre et la demande de soins médicaux aujourd'hui et à l'avenir.

**Facteurs intégrés du côté de l'Offre :**

	<b>Thématiques</b>	<b>Facteurs</b>	<b>Hypothèses (scénario de référence)</b>
Entrées	Formation	Nombre d'étudiants entrant dans le parcours de formation	« Variable d'ajustement » (nombre requis pour combler l'écart projeté)
		Taux d'obtention du diplôme	Fondé sur les tendances passées
	Entrée sur le marché du travail	Nombre de nouvelles inscriptions de médecins pouvant exercer	Fondé sur les tendances passées
	Immigration	Nombre de nouveaux médecins étrangers	Sur la base des tendances passées et des estimations d'experts pour l'avenir
Stock	Nombre de professionnels en activité	Effectifs	Calculé en fonction des Entrées - Sorties
	Temps de travail	Effectifs en équivalent temps plein	Fondé sur les tendances passées
Sorties	Sorties	Pourcentage de spécialistes/omnipraticiens qui quitteront leur profession au cours des 5, 10, 15 et 20 prochaines années	Fondé sur les tendances passées

Intégration de plusieurs facteurs pour estimer toute demande/besoin non satisfait actuel et les changements futurs au cours de la période de projection :

Facteurs	Indicateurs
Démographique	<b>Projections démographiques</b> , y compris les changements dans la structure de la population
Épidémiologique	<p><b>Évolution de l'état de santé</b> en utilisant des données sur les tendances épidémiologiques (données &amp; avis d'experts)</p> <p>➔ Le changement de la prévalence du diabète, du cancer et de l'alcoolisme pourrait augmenter la demande de services en médecins généralistes de +0,3 à +0,6 %.</p>
Demande/besoins non satisfaits	<p><b>-Besoins non satisfaits de soins</b> médicaux auto-déclarés pour certaines catégories de population (statut économique / ethnie)</p> <p><b>-Postes vacants</b> difficiles à combler,</p> <p><b>-Déficit du nombre de médecins dans les régions rurales</b></p> <p>Fondés sur avis d'experts et données empiriques (si disponibles)</p>
Substitution horizontale ou verticale	<p><b>Transfert continu des tâches</b> des médecins exerçant à l'hôpital public vers les médecins généralistes de ville induit par :</p> <p>-La baisse continue de la durée de séjour</p> <p>-L'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques devant être traitées hors hôpitaux</p> <p>➔ Hausse prévisionnelle de la demande de services en médecins généralistes de 0,5 à 1 % par an au cours de la période de projection</p>

## Annexe 6 : Principales limites des modèles quantitatifs de prospective des ressources humaines recensées dans le rapport de l'OCDE

*Cette annexe s'appuie sur le document suivant : Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. June 2013.*

### **L'accès à des données de qualité**

Plusieurs pays soulèvent la difficulté à disposer de données de qualité. Du côté de l'offre de soins, on peut citer les difficultés rencontrées pour obtenir des données sur le nombre de diplômés formés à l'étranger, sur le nombre de professionnels quittant le territoire national pour exercer à l'étranger ou encore le temps de travail des professionnels.

### **Trop peu de moyens dédiés pour permettre d'actualiser et a fortiori d'améliorer les modèles**

La planification des ressources en main d'œuvre n'est souvent pas assez financée pour permettre d'améliorer les modèles mis en place (qualité des données utilisées, sophistication du modèle) et assurer une actualisation régulière.

### **La reconduction des déséquilibres entre offre et demande**

L'objectif principal de la planification de la main d'œuvre est de trouver un juste équilibre entre la demande et l'offre de soins des différentes catégories d'agents. Cependant, il est difficile de projeter l'offre et la demande de soins à venir sans avoir une image précise de la situation actuelle. Peu de pays se sont confrontés à l'exercice de constat démographique afin de savoir si le pays est en situation d'équilibre ou de déséquilibre<sup>51</sup> et se « contentent » de projeter l'offre et la demande de soins et d'en mesurer l'écart. Ainsi, la plupart font l'hypothèse qu'initialement, il n'y a pas d'écart entre l'offre et la demande de soins. Les auteurs avancent que l'absence d'une telle réflexion peut s'expliquer soit par un manque de données, soit par des difficultés d'interprétation (comment définir la notion de pénurie ? d'excédent ?).

### **La non prise en compte des potentielles tensions sur le marché du travail**

De nombreux modèles ne se posent pas la question de savoir si une situation de déséquilibre sur le marché du travail existe au préalable.

### **La non prise en compte du salaire comme élément d'attractivité côté offre**

Le salaire comme facteur affectant l'offre et la demande future en professionnels de santé est exclu de presque tous les modèles (sauf 1), alors même que le déficit ou l'excès de certaines professions en santé pourraient être atténués en jouant sur les salaires.

### **Des difficultés à appréhender les comportements de départ en retraite**

De nombreux pays rencontrent des difficultés à tenir compte dans leur modèle des départs en retraite (manque de données et hypothèses difficiles à poser) : la plupart des modèles se fondent sur l'âge légal de départ en retraite. Or, outre le cadre réglementaire existant ou à venir, il paraît important sur cet aspect d'intégrer les préférences des individus. On constate d'ailleurs que, dans les faits, les médecins prennent souvent leur retraite plus tard et continuent parfois même d'exercer alors qu'ils sont à la retraite.

---

<sup>51</sup> en analysant par exemple le nombre de postes vacants comme le modèle danois (médecins du secteur public), le taux de chômage, la part du temps partiel ou le temps d'attente pour avoir un rendez-vous dans le cadre de professionnels exerçant en libéral, la difficulté à recruter (le Japon a par exemple adressé une enquête aux employeurs (hôpitaux, cliniques, etc.) pour mesurer la pénurie en personnel infirmier), les besoins non satisfaits *via* l'interrogation de la population ou la mesure de l'écart entre utilisation réelle et recommandée (Canada).



## **Une conversion des projections de personnels de santé en dépenses de main d'œuvre rarement faite**

Peu de modèles ont essayé de relier projections de personnels de santé et projections en dépenses de main d'œuvre, en raison notamment de la difficulté à connaître l'affectation des nouvelles dépenses (recrutement supplémentaire ? augmentation des salaires ? etc.).

### **Trop peu de déclinaisons territoriales**

Beaucoup de modèles se placent encore à l'échelon national, alors qu'une bonne adéquation entre ressources et demande au niveau national peut cacher de fortes disparités territoriales.

### **Trop peu d'évaluation des modèles**

Très peu de modèles ont fait l'objet d'une évaluation : quelle utilisation du modèle dans la prise de décision des pouvoirs publics ? les recommandations sont-elles suivies ? permettent-elles d'atteindre les objectifs établis par le modèle ? quels écarts entre projection et réel ? etc.

\*\*\*

A noter toutefois quelques avancées notables dans certains pays :

- Certains modèles se fondent désormais sur une analyse des besoins et non plus sur l'utilisation actuelle des services de soins, en intégrant des hypothèses sur les besoins non satisfaits et les écarts entre utilisation réelle des services de santé et utilisation recommandée ;
- Même si cela est encore rare, certains pays essayent de dépasser l'approche en silo en tenant compte des chevauchements et des réaffectations d'activité au sein d'une même profession ou de la délégation de tâches entre professionnels différents. Ces modèles montrent qu'un certain degré de substitution peut aider à mieux répondre aux besoins de la population<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> L'introduction de la dimension de substituabilité dans les projections nécessite cependant d'analyser la productivité comparée des différents professionnels pour exercer une tâche donnée. Par exemple, si une tâche peut être faite par un médecin ou par une infirmière, est-ce que l'on estime que tous les deux mettront le même temps pour la réaliser ? Ou est-ce l'un des deux sera plus rapide ?

## Annexe 7 : Les travaux prospectifs d'Unicancer

Unicancer, la Fédération des 18 centres de lutte contre le cancer (CLCC), a réalisé à deux reprises des travaux de prospective sur la prise en charge des patients atteints de cancer, en 2013 (horizon 2020) puis en 2015, avec actualisation en 2016 (horizon 2025).

Les CLCC cherchaient dans cette démarche à identifier, qualifier et quantifier les innovations les plus structurantes en cancérologie, et ainsi anticiper les évolutions dans la prise en charge des patients à l'horizon des dix prochaines années (études EVOLPEC) pour mieux orienter leur offre de soins : soins moins invasifs, plus sophistiqués ; moindre présence du patient à l'hôpital ; développement de la télémédecine ; renforcement du rôle du patient ; progression de la e-santé...

Ce travail prospectif a abouti à la définition en 2019 d'un plan stratégique d'Unicancer, autour de trois axes : le patient co-pilote de sa prise en charge, le maintien des CLCC à l'avant-garde de la lutte contre le cancer, le soutien d'un réseau d'experts qui inscrit son action dans une logique territoriale.

Unicancer s'est tout d'abord concentré sur la manière dont les soins allaient évoluer en menant une revue de littérature et en interrogeant de nombreux experts dans le monde de la santé, puis a constitué des ateliers de travail, sous l'égide de comités scientifiques de revue des travaux. Les premières réflexions portaient surtout sur la prise en charge médicale ; en 2016, ont été aussi intégrées les évolutions numériques, celles du rôle du patient et des interactions entre les acteurs du système de santé.

Plus précisément, ont été identifiées les tendances suivantes<sup>53</sup> :

### **Evolutions dans le domaine des soins**

#### ***Une radiothérapie plus ciblée et moins invasive***

La radiothérapie est une discipline en pleine mutation, tant en termes de techniques utilisées, de plus en plus pointues, que de protocoles de traitement. Elle est au cœur de la tendance actuelle vers une désescalade des soins dans le traitement des cancers.

#### ***La chirurgie ambulatoire : une pratique courante en cancérologie en 2025***

La chirurgie ambulatoire va continuer d'évoluer dans les dix prochaines années : les patients ne dorment pas à l'hôpital et sont opérés dans la journée grâce à des chirurgies moins agressives, une organisation plus efficace et un suivi à domicile ou lors de consultations ponctuelles à l'hôpital ou encore en ville. Cette tendance va aller encore plus loin en proposant de diminuer de manière importante la durée des séjours pour des chirurgies lourdes, en favorisant notamment les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC).

#### ***Le développement des thérapies ciblées, de l'immunothérapie et des thérapies orales***

D'ici à 2025, la proportion de traitements médicamenteux par voie orale devrait passer des 25 % actuels à 50 %, et les chimiothérapies intraveineuses dans le cancer du sein, diminuer de 25 %. Avec les traitements par voie orale, il sera de plus en plus possible pour le patient d'être soigné chez lui.

#### ***La caractérisation des tumeurs, mieux les comprendre pour mieux les traiter***

De plus en plus, on analysera l'ADN des tumeurs de patients pour comprendre les mutations génétiques clés de ces tumeurs, ce qui permettra d'offrir aux patients des traitements

<sup>53</sup> <http://www.unicancer.fr/cancerologie-2025>



“personnalisés”, car combattant ces mutations génétiques (quand celles-ci existent), et ce tout au long de la maladie.

### ***Le développement de la radiologie interventionnelle thérapeutique***

La radiologie interventionnelle représente un champ majeur d'innovation, au croisement de l'imagerie et de la chirurgie, de la technologie et de la science. Elle répond à une forte demande sociétale de proposer des traitements efficaces et moins agressifs. La radiologie interventionnelle permettra de remplacer certains actes de chirurgie par des actes moins invasifs

### ***L'intégration des soins de support tout au long du parcours de soins***

Les soins de support, loin d'être secondaires, apportent un accompagnement essentiel pour les patients atteints d'un cancer et sont amenés à se développer dans les années à venir. Ils seront considérés à l'horizon 2025 comme indispensables à tous les patients traités pour un cancer avec un impact prouvé sur les résultats de santé (moins d'hospitalisations non programmées, moins de récurrences, etc.).

### ***Le rôle du patient renforcé : plus informé, plus connecté, plus actif***

Le patient est de plus en plus acteur de sa prise en charge. À l'horizon 2025, il sera encore plus actif et souhaitera se positionner en “partenaire” pour participer à l'amélioration de sa prise en charge, par exemple en transmettant aux équipes soignantes, au jour le jour grâce à des applications smartphone, l'évolution de ses symptômes, de ses effets secondaires, afin d'ajuster les traitements.

Les prestations pourront évoluer en fonction des outils de mesure des résultats rapportés par les patients (patient-reported outcome measures ou PROMs) tout au long de leur prise en charge.

Par ailleurs, les associations et regroupements de patients vont prendre une place plus importante à l'avenir.

### ***Évolutions dans le domaine technologique***

Au moins trois changements majeurs sont anticipés : l'analyse de données pour appuyer la décision clinique ; l'automatisation des processus ; davantage de connectivité entre les patients et les offreurs de soins.

### ***Une santé “connectée” pour des soins délivrés plus efficacement***

Les établissements vont devoir “prendre le train” des nouvelles technologies en marche : accompagner l'évolution de la prise de décision clinique appuyée par des analyses de données massives, automatiser leur gestion (gestion des flux, aide à la prescription, etc.). Ils vont également devoir utiliser de nouveaux outils pour coordonner, suivre et surveiller à distance la prise en charge des patients.

### ***Evolutions du système de santé***

#### ***L'interaction entre les acteurs de la santé : des soins coordonnés prodigués en dehors et avec d'autres établissements***

La place des établissements de santé prenant en charge le cancer va être bousculée dans les années à venir. La ville va s'imposer comme un interlocuteur majeur, les établissements de santé vont avoir un rôle de “coordinateur du parcours de soins”. Ils vont aussi devoir faire évoluer leurs partenariats avec des établissements publics qui se réorganisent en réseau.

***Les autres évolutions*** auront toutes un impact sur le positionnement des CLCC : montée en puissance de la ville (sous réserve d'une plus grande intégration) ; spécialisation accrue des établissements experts ; organisation des établissements publics en réseaux (GHT).

Face à chacune de ses tendances, il revient aux établissements de s'adapter, selon les axes suivants :

- Faire évoluer le capacitaire (moins de lits, mise en place d'unités dédiées de chirurgie ambulatoire, davantage de consultations, bien valorisées) et renforcer les plateaux techniques (radiothérapie, radiologie interventionnelle, séquençage...).
- Anticiper les besoins en ressources humaines : besoins renforcés en oncologues, anatomo-pathologistes, oncogénéticiens, bio-informaticiens,...
- Intégrer les soins de support tout au long du parcours.
- Proposer plus de services aux patients à domicile avec une coordination des soins et des services et la création de liens entre les structures de prise en charge.
- Utiliser les nouveaux outils pour coordonner, suivre, monitorer la prise en charge des patients au lieu de faire reposer cette coordination sur les patients eux-mêmes.
- Former différemment les personnels des CLCC pour s'adapter aux exigences des patients, fournir une information plus personnalisée, apprendre à travailler avec les associations de manière plus structurée, et se préparer à collecter et traiter les informations qui vont provenir directement des patients.
- Développer la télémédecine avec la téléconsultation de spécialistes experts à distance, le télémonitoring, etc.
- Intégrer des plateformes *big data* avec des outils d'analyse dans les protocoles de recherche pour arriver jusqu'à l'appui à la décision clinique.
- Développer la coordination hôpital – professionnels de ville, développer les partenariats avec les structures de ville : pharmaciens, médecins traitants, etc.

Cela suppose une adaptation des financements, du cadre juridique, des formations. En fonction des projections réalisées dans chacun des domaines, et en tenant compte des évolutions démographiques, toutes les évolutions de la prise en charge en établissement ont été quantifiées par Unicancer de manière assez précise (en nombre de lits, en utilisation des équipements et en temps médical).

Les tableaux suivants fournissent la synthèse des impacts en prenant en compte l'ensemble des tendances (source : Unicancer).

**Tableau de synthèse des impacts sur l'activité et les ressources et équipements en prenant en compte l'ensemble des tendances**

Tendances		Activité (écart par rapport à 2014)		Ressources et équipements	
		Volume (écart par rapport à 2014)	%	Volume (écart par rapport à 2014)	%
HC Chirurgie		- 713 séjours	-2%	-139 lits	- 18%
HC Médecine		+ 12 336 séjours	+ 13%	+ 250 lits	+ 13%
HDJ Chirurgie *		+ 20 351 séjours	+ 180%	+ 88 places	+ 39%
HDJ Médecine		+ 49 321 séjours	+ 14%	+ 123 places	+ 13%
RT – Stéréotaxie		+ 29 050 séances	+ 166%		
Radiothérapie – Accélérateurs (RCMI et stéréo app. non dédié)		+ 70 048 séances	+ 9%	+ 19 accélérateurs	+ 17%
Intervention chirurgicale	Conv.	-7 953 interventions	-21%	+ 13 salles de bloc de chir.	+ 10%
	Amb.	+ 13 111 interventions	+ 116%		
RI thérapeutique		+ 14 952 interventions RI thérapeutique	+ 402%	Besoin de 13,5 salles dédiées de RI thérapeutique en 2025	

Note : estimations à l'horizon 2025

Abréviations : HC : Hospitalisation complète ; HDJ : Hospitalisation de jour

RT : Radiothérapie ; RCMI : Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité

RI : Radiologie interventionnelle

**Tableau de synthèse des impacts sur l'activité et les ressources et équipements en prenant en compte l'ensemble des tendances**

Tendances*	Activité (écart par rapport à 2014)		Ressources et équipements	
	Volume (écart par rapport à 2014)	%	Volume (écart par rapport à 2014)	%
CT- scan	+ 13 568 actes	+ 12%	+ 2,6 CT scan	+ 11%
IRM	+ 11 181 actes	+ 22%	+ 4 IRM	+ 22%
Scintigraphie	+ 10 100 actes	+ 11%	+ 5 appareils	+ 11%
TEP	+ 11 689 actes	+ 21%	+ 5 appareils	+ 21%
Consultations onco.	+ 52 212 CS			
Oncologues	+ 16 oncologues en 2025			
ETP équipe soins palliatifs	54 PM en 2025 *			
ETP équipe Soins support	195 PNM en 2025 (hors IDE) *			

Note : estimations à l'horizon 2025

Abréviations : CT –scan : scanner (computerized tomography)

TEP : Tomographie par émission de positons

ETP : équivalent temps plein

## Annexe 8 : Les écueils de la liste des médicaments facturés en sus des GHS

Les dépenses de la liste en sus évoluent à des taux significativement supérieurs à ceux de l'ONDAM, et ce, depuis sa création. Cette situation a conduit les pouvoirs publics à développer certains outils dits « de régulation » pour limiter l'évolution de ce poste de dépenses, sans grand succès. Le fait est que la manière dont est construite cette liste la destine à évoluer à des taux élevés. Or, il conviendrait de s'affranchir de l'effet de zoom et considérer de manière plus globale la question de l'évolution de la dépense des médicaments hospitaliers, sur liste ou non, ce qui amène à proposer de revoir les modalités de gestion de la liste.

### **La liste actuelle ne peut qu'évoluer à des taux importants pour les raisons suivantes :**

- Elle comprend pour l'essentiel des médicaments innovants et récents, qui par définition, connaissent des taux de prescription élevés les premières années de mise sur le marché, plus élevés que les produits radiés, en général arrivés à maturité ;
- Le système incite les établissements à privilégier la prescription de produits sur liste plutôt que de produits intra-GHS, à efficacité similaire ;
- Les critères d'intégration d'un produit sur liste prennent largement en compte le prix du produit (via le coût moyen de traitement par séjour, qu'il soit connu ou prévisionnel). Les industriels ont ainsi une motivation d'autant plus forte à négocier un prix facial élevé, pour que leur produit soit retenu sur la liste en sus.

### **En outre, l'existence de la liste en sus induit des problèmes dérivés, qu'une approche plus globale du secteur des produits de santé permettrait de lever :**

- Ce mécanisme constitue un frein à des parcours fluides de patients : dans la mesure où cette liste n'est pas en vigueur dans les structures de psychiatrie, les USLD, les MAS ou les EHPAD, le patient doit rester ou revenir en MCO pour la délivrance du produit ;
- L'incompréhension des acteurs hospitaliers est croissante vis-à-vis du mode de gestion actuel des entrées et des sorties de ces listes, surtout depuis l'introduction du critère de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) dans les décisions de gestion de la liste<sup>54</sup>, chaque sortie passant pour un « déremboursement » aux yeux des acteurs hospitaliers, les pouvoirs publics défendant cependant l'idée que le tarif du GHS peut inclure le prix des produits ainsi sortis (ce que les hospitaliers contestent) ;
- La croissance forte des dépenses liées à ces listes (croissance inéluctable, comme indiqué ci-dessus) pèse sur l'évolution des tarifs hospitaliers, puisque les deux domaines sont dans la même enveloppe, l'ONDAM hospitalier.

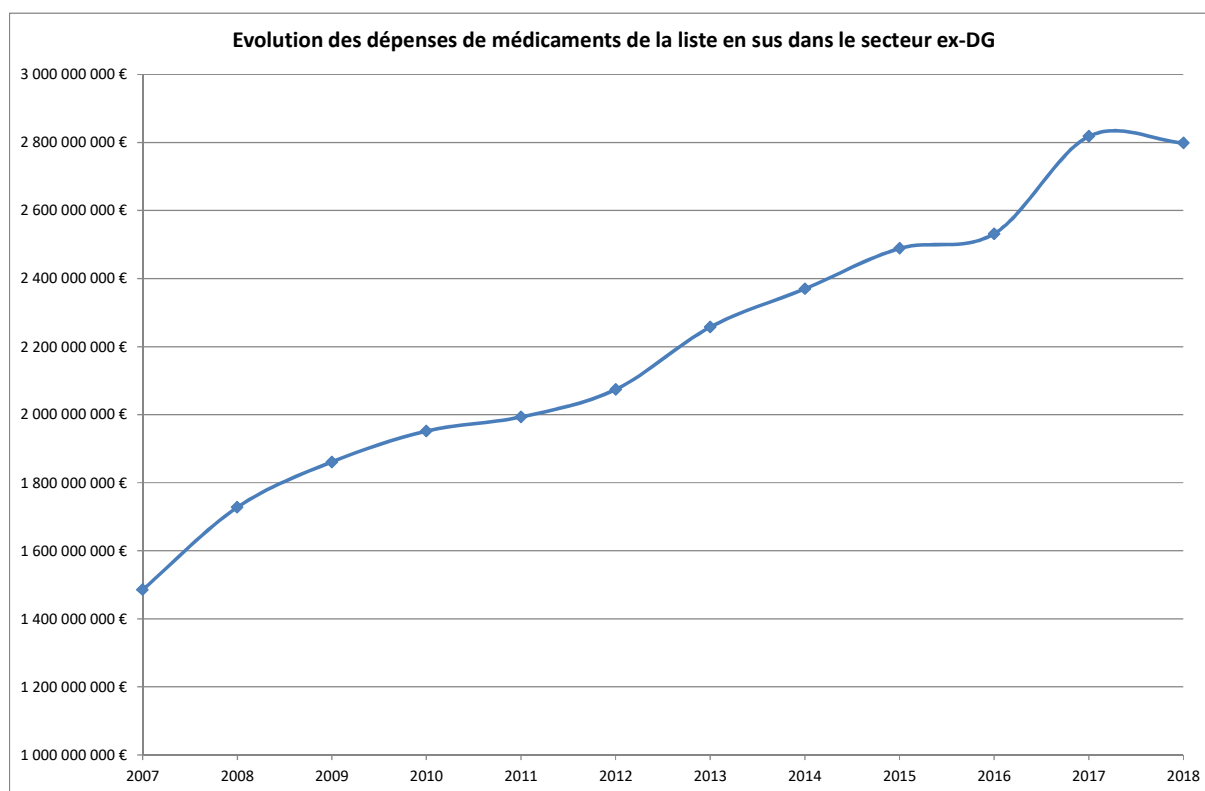
<sup>54</sup> En cas d'ASMR 4 ou 5, le produit peut ne pas être inscrit sur la liste en sus, même si des exceptions sont prévues :

« Dans les cas où l'amélioration du service médical rendu a été évaluée comme mineure (ASMR 4) mais où le médicament traite d'une maladie pour laquelle on ne dispose d'aucune autre alternative (qu'il s'agisse d'une alternative médicamenteuse ou chirurgicale), s'il est estimé que ce médicament a un intérêt de santé publique par la Haute Autorité de santé, il pourra être inscrit.

A noter qu'en application du principe d'égalité de traitement des produits comparables, lorsqu'une indication reçoit une ASMR 4 ou 5 et que ses comparateurs sont d'ores et déjà inscrits sur la liste en sus, l'indication en question sera également inscrite. » (source DGOS)

## Quels sont les déterminants de la dépense de médicaments de la liste en sus ?

Le graphique suivant montre comment ont évolué les dépenses afférentes à la liste de médicaments onéreux (MO) en sus depuis 2007 dans le secteur ex-DG (étant entendu que le champ n'est pas constant ; il y a eu des entrées et des sorties sur la période)<sup>55</sup>.



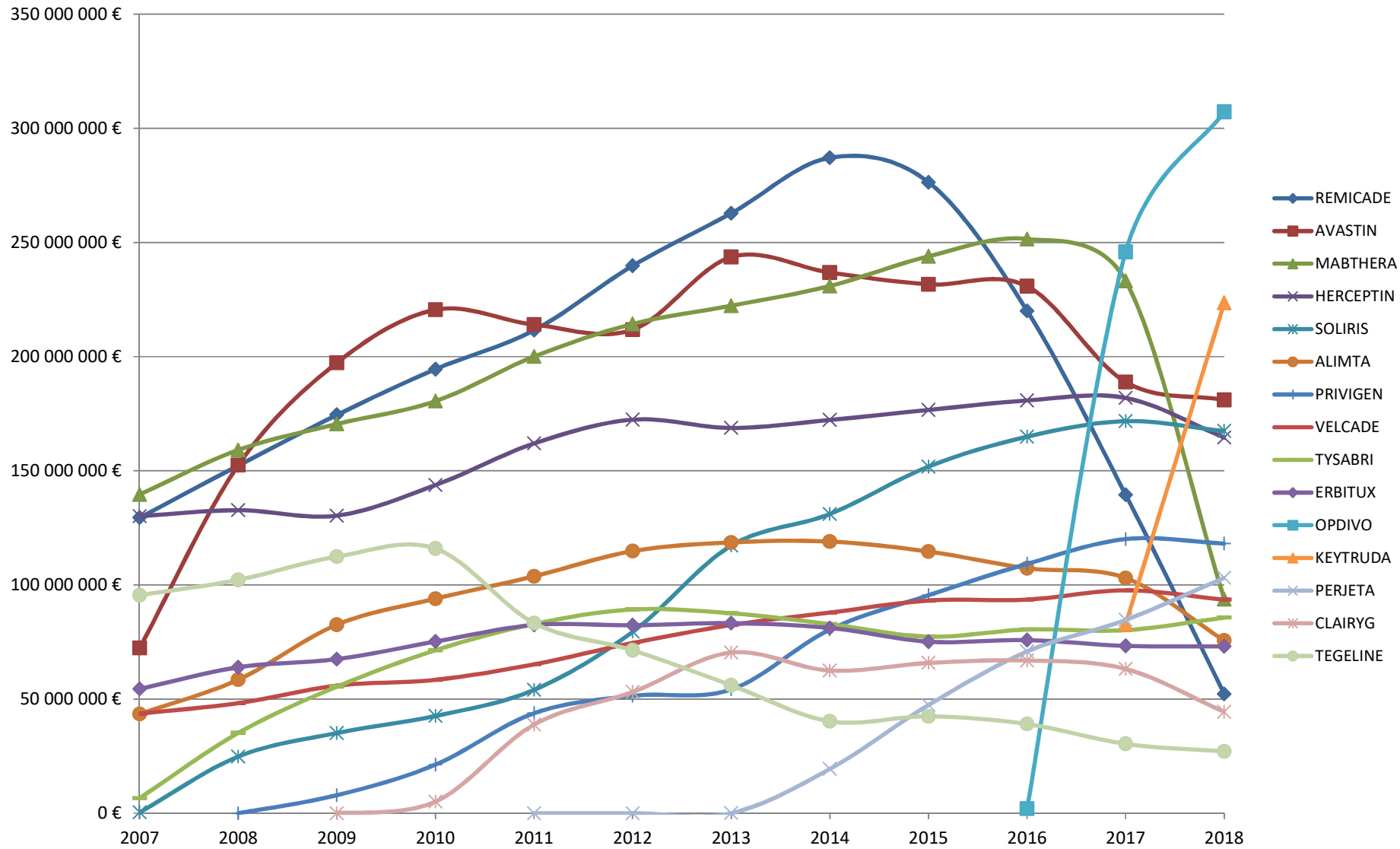
On constate une période de relative stabilisation des dépenses entre 2010 et 2012 (avec des taux d'évolution « raisonnables » : + 4,9% en 2010, + 2,1% en 2011, + 4,1% en 2012), qui avait fait suite à une période de forte augmentation après la création de cette liste en 2004-2005, et une reprise de l'évolution très positive en 2013 (+8,8%), 2014 (+5%) et 2015 (+5%), alors même que des radiations ont été réalisées sur cette période (notamment les érythropoïétines, pour des montants modestes, il est vrai). Après une apparente stabilisation en 2016, la hausse a repris en 2017 (+11,3%), suivie d'un tassement en 2018 (-0,7%). Dans l'ensemble, l'évolution a été de +88% sur la période de 11 années, soit 1,3 milliards d'euros (soit +6% par an en moyenne, pour un ONDAM établissements de santé évoluant chaque année de l'ordre de +2,5%).


A quoi sont liées ces évolutions ?

Le graphique suivant présente l'évolution (depuis 2007 ou depuis leur inscription) des 15 principaux produits en montants sur la période (ayant dépassé 70 000 000€ au moins une année) ; ils représentent 65% de la dépense de la liste en sus en 2018 dans le secteur ex-DG : 10 de ces spécialités pharmaceutiques étaient déjà présentes en 2007.

<sup>55</sup> Toutes ces données sont issues de la plate-forme ScanSanté de l'ATIH. Les données présentées pour illustrer les évolutions ne concernent que le secteur ex-DG.

## Evolution des principaux médicaments de la liste en sus 2007-2018





Pour ces 15 produits, l'évolution des montants entre 2007 et 2018 a été de 1,1 milliard d'euros. Il y a là de fait l'explication principale de la hausse : une forte augmentation des dépenses liées à des médicaments innovants indiqués sur de larges populations.

Pour les années 2017-2018, c'est l'arrivée d'Opdivo et Keytruda qui explique la forte hausse globale, malgré des baisses de dépenses enregistrés sur certains produits, notamment Remicade (arrivée du biosimilaire Inflectra) et Avastin (restriction des indications pour justifier un remboursement au titre de la liste en sus).

Ces hausses considérables ont été en partie absorbées par des diminutions de dépenses sur certains produits, essentiellement liées à des radiations de la liste : par exemple, Taxotère représentait en 2007 une dépense de 119 millions, soit 8% des dépenses de la liste, et sa radiation en 2012, qui conduit à un montant nul en 2015, en fait un produit contributeur négatif à l'évolution 2007-2015 à hauteur de -12,1%. La radiation d'autres produits a eu le même effet : Campto, Eloxatine, Gemzar...

Mais la radiation n'est pas le seul facteur pour voir diminuer les dépenses d'un produit : Tegeline a baissé sur la période étudiée de 95,5 millions en 2007 à 27 millions en 2018, contribuant négativement à l'évolution 2007-2018. Mais il est probable qu'il s'agisse simplement des reports de prescription en faveur de Privigen, produit concurrent et plus récent.


Ces données illustrent aussi la place de la cancérologie. L'INCa, qui réalise régulièrement un bilan du coût de la chimiothérapie, indique ainsi que 65,5% des dépenses de la liste sont liées à des médicaments anticancéreux en 2018 (61,1% dans le secteur ex-DG, 86,8% dans le secteur ex-OQN) dans le secteur MCO, tous secteurs inclus, soit 2,2 Mds d'euros. La part des immunothérapies et des thérapies ciblées est majoritaire avec 82% de l'ensemble des anticancéreux de la liste en sus (contre 65% en 2010).

On peut retirer de ces observations quelques points :

- L'évolution des dépenses de la liste en sus est liée à un nombre limité de produits
- Parmi eux, figurent le Remicade, les immunoglobulines, et des anticancéreux, notamment dans le domaine des thérapies ciblées et immunothérapies
- Les taux d'évolution élevés sont liés à des produits nouvellement inscrits et parfois à des extensions d'indications pour des produits déjà inscrits
- Le fait d'être inscrit sur la liste ne conduit pas forcément un produit à voir exploser ses dépenses, une fois la période initiale passée ; ceci étant, l'inscription d'Opdivo et de Keytruda crée une situation inusitée, tant la dépense a été rapidement élevée (cela avait été observé aussi pour Avastin dans les années 2000).

**Lorsqu'on regarde uniquement l'évolution des dépenses des produits sur la liste en sus, on aboutit à un diagnostic incomplet ;** il faut observer l'évolution des dépenses de l'ensemble des médicaments prescrits pour les patients et mettre ces consommations en relation avec la demande pour ne pas se tromper de diagnostic. En particulier en cancérologie, il paraît pertinent d'appréhender l'ensemble des dépenses liées à l'activité de chimiothérapie, en ville et en établissement de santé, et de confronter ces évolutions à l'augmentation du nombre de patients concernés.

En effet, en premier lieu, il est hautement probable que les médicaments hospitaliers hors liste en sus évoluent à un rythme inférieur à celui observé pour la liste en sus, sans compter qu'il doit exister des effets de substitution vers les produits de la liste en sus, sous l'effet de l'incitation



induite par cette liste. Ainsi, lorsqu'on ne regarde que l'évolution de la liste en sus, on surestime l'évolution globale du poste « médicaments » à l'hôpital.

D'après les dernières données publiées par l'ANSM sur les ventes de médicaments en France (rapport de juin 2014), le marché pharmaceutique hospitalier se caractérise par des taux d'évolution de 4,3% en moyenne par an entre 2003 et 2013, ce qui est inférieur à la tendance de 6,6% par an de la liste en sus pour cette période.

En outre, il conviendrait, pour parfaire le diagnostic, de bien différencier l'effet volume de l'effet prix et de l'effet structure. Ainsi, le nombre de patients atteints de cancer et traités par chimiothérapie augmente chaque année, de l'ordre de 2% d'après l'INCa, et c'est encore plus vrai pour le nombre de séances pour chimiothérapie, de 4,2% par an en moyenne entre 2010 et 2018 : le nombre de séances est passé ainsi de 2 millions en 2010 à 2,75 millions en 2018, tous secteurs inclus, pour une dépense en 2018 de 1,2 Mds d'euros.

L'INCa observe en effet que *« depuis quelques années, le nombre de personnes traitées par chimiothérapie croît plus vite que le nombre de nouveaux cas de cancers : les éléments d'explication peuvent être des nouvelles indications de chimiothérapie correspondant à plus de situations de cancers et donc de patients, la prolongation des traitements du fait de la chronicisation de certains cancers avec un plus grand nombre de cycles de chimiothérapie par personne et l'augmentation du nombre de lignes de traitements proposés (traitements des stades avancés/métastatiques de la maladie). »*

De fait, une partie de l'évolution des dépenses des anticancéreux est simplement liée à ces évolutions épidémiologiques et thérapeutiques.

En outre, l'arrivée des innovations (toujours plus coûteuses) se fait en secteur hospitalier et contribue fortement à un effet-structure induisant une augmentation du coût moyen des traitements.


Notons enfin que le coût de la chimiothérapie n'est pas uniquement le fait des établissements de santé. Il faut prendre en compte l'ensemble des postes de dépenses : aux dépenses évoquées ci-dessus au titre de la liste en sus, s'ajoutent les dépenses de produits anticancéreux délivrés en officine (2,34 Mds d'euros en 2018 - source INCA/assurance maladie) et en rétrocession hospitalière (0,51 Mds d'euros). Ces montants sont en forte hausse, la dépense ayant quasiment doublé en officine entre 2012 et 2018.

**On peut envisager une révision complète des modalités de gestion de la liste en sus** de matière à éviter les écueils soulignés ci-dessus, en particulier dans le domaine des traitements contre le cancer :

- Le principe d'avoir, pour la classe thérapeutique des anticancéreux, différencié une liste de produits facturés en sus et une autre liste (par défaut) de produits intra-GHS conduit à une incitation en faveur de la prescription des produits les plus coûteux et à une concentration de la « régulation » sur les entrées et sorties de la liste en sus au lieu d'adopter une vision globale des parcours de chimiothérapie des patients. Une manière de contourner cette difficulté serait de raisonner de manière unique pour la classe thérapeutique dans son ensemble : dans cette optique, l'ensemble des produits anticancéreux serait facturé en sus (avec une baisse concomitante et significative du tarif du GHS de séance de chimiothérapie tumorale). Une telle option non seulement simplifierait la gestion et la lisibilité de la liste, mais en plus permettrait un suivi exhaustif des traitements du cancer et de l'application des protocoles recommandés par pathologie et par stade.

En continuité de ce scénario, on pourrait constituer une sorte de « compte chimiothérapie » incluant les GHS de chimiothérapie et les médicaments anticancéreux, qu'ils soient





délivrés en ville ou en établissement, pour suivre l'ensemble des dépenses à ce titre. C'est cet ensemble qui ferait l'objet de la régulation médicalisée, prenant en compte non seulement les dépenses mais aussi les évolutions épidémiologiques, les lieux de prise en charge, etc.

- La « liste en sus » dans sa configuration actuelle pourrait rester gérée de façon stricte, pour tous les autres produits, hors cancérologie.
- L'indicateur de suivi principal ne serait plus le taux d'évolution des dépenses des médicaments de la liste en sus, mais le taux d'évolution des dépenses de médicaments hospitaliers dans leur ensemble, voire l'évolution de l'ensemble des dépenses de médicaments ; plus précisément, les indicateurs pertinents seraient les taux d'évolution du traitement par patient pour une pathologie donnée, pour identifier les zones éventuelles de dérapage et les impacts réels des innovations, en tenant compte des évolutions épidémiologiques.

Une telle orientation semble se justifier d'autant plus que les innovations en cancérologie continuent à arriver sur le marché et qu'un suivi et une régulation spécifique s'imposent.

## Annexe 9 : Problèmes soulevés par la gestion des nomenclatures de biologie médicale

### Une double nomenclature

Deux nomenclatures régissent l'activité de biologie médicale :

- La NABM<sup>56</sup> pour les actes réalisés en ambulatoire, essentiellement en secteur libéral ;
- Le RIHN<sup>57</sup> (et sa liste complémentaire) pour les actes de biologie et d'anatomo-pathologie réalisés hors NABM par les établissements hospitaliers (cf. encadré).

On pourrait trouver que parler d'une nomenclature pour le RIHN et la liste complémentaire constitue un abus de langage puisque justement, ces listes se définissent comme « hors-nomenclature » et sont en attente d'évaluation par la HAS (encore que le terme « en attente » est lui-même abusif dans la mesure où la HAS n'est pas saisie pour l'ensemble de ces actes ; elle ne pourrait d'ailleurs pas assurer leur évaluation dans le cadre de sa méthodologie en moins de 10 ans). Mais dans la mesure où ces actes sont pour certains fréquemment prescrits en milieu hospitalier, sont inscrits sur des listes établies par la DGOS, après une méthodologie rigoureuse, que le RIHN et la liste complémentaire contiennent quasiment autant d'actes que la NABM elle-même, et que cette situation dure depuis près de 10 ans, on peut parler d'une quasi-nomenclature. A noter en outre que les actes de la liste complémentaire (qui ne sont pas spécialement innovants) sont soumis à l'accréditation, au même titre que les actes de la NABM.

En réalité, cette dichotomie est très ancienne, des actes hors-nomenclature ayant toujours été produits, mais elle induit des dysfonctionnements croissants depuis une dizaine d'années, en raison de l'émergence de nombreux actes innovants (notamment en biologie moléculaire, en génétique). La biologie peut en effet être considérée comme la discipline qui a le plus évolué dans la période récente, aussi bien en termes d'équipements qu'en termes de champ d'analyses, et c'est le secteur où la nomenclature évolue le moins !

### Cette situation freine la diffusion de l'innovation

On assiste à :

- Une concentration de la réalisation de ces actes hors-nomenclature (HN) à l'hôpital public (en hospitalisation et en consultation externe), financés dans le cadre d'une enveloppe limitative (MERRI G03), dont le montant global a été estimé en 2003-2004 et peu actualisé depuis lors, c'est-à-dire que ces actes, dont le volume augmente, sont sous-financés<sup>58</sup>. La répartition de l'enveloppe entre établissements est assurée en fonction de l'activité constatée en n-1.
- Un paiement direct par le patient, lorsque ces actes sont réalisés en ville par des plateformes spécialisées libérales (même si la DGOS propose la solution de rémunérer les actes HN réalisés dans le secteur privé sur l'enveloppe RIHN lorsque les prélèvements sont réalisés en secteur hospitalier, réglant une partie du problème)<sup>59</sup>.

<sup>56</sup> Nomenclature des actes de biologie médicale.

<sup>57</sup> Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomo-pathologie.

<sup>58</sup> La DGOS a précisé début décembre 2018, pour cette MERRI G03, que « les données prises en compte pour le calcul représentent un montant total de 694 M€ pour une enveloppe globale de 380 M€, soit une couverture de l'activité à 54,8%, taux retenu pour la valorisation de l'ensemble des actes (RIHN et LC). » Ainsi, ces actes ne sont financés que pour moitié de leur coût estimé *via* les cotations du RIHN et de la liste complémentaire.

<sup>59</sup> La DGOS a indiqué en outre en avril 2018 que « tout laboratoire de biologie médicale peut candidater pour être laboratoire de biologie médicale de référence (LBMR) pour un ou des examens déterminés, qu'ils soient ou non inscrits à la nomenclature (NABM),

- 
- Une pratique médicale en secteur libéral en retard sur l'état de l'art.

### **La NABM, non actualisée, présente des tarifs déconnectés des coûts**

La NABM est construite pour la rémunération des laboratoires d'analyses privés. Une vingtaine d'actes, les plus courants (glycémie, NFS, bilan lipidique...), représente plus de la moitié des recettes des laboratoires. Et toute remise en cause à la baisse des cotations de ces actes, notamment sur-tarifés, génèrerait le risque de déstabilisation de l'exploitation de ces laboratoires (pouvant se traduire par des diminutions d'effectifs, des diminutions des horaires d'ouverture, des augmentations de délais, etc.).

Il serait pourtant logique de baisser les tarifs de ces actes très courants, pour augmenter ceux des actes moins fréquents, plus spécialisés et moins rémunérés, et surtout pour faire entrer dans la nomenclature les actes innovants, mais la situation reste figée, les syndicats de biologistes craignant que les laboratoires ne puissent pas tous opérer la substitution entre actes fréquents et actes spécialisés (même si certains d'entre eux sont très spécialisés, dans un contexte de forte concentration et d'industrialisation autour de plateaux techniques territoriaux). Ainsi, l'impact de l'automatisation massive de l'activité n'est pas réellement traduit dans les tarifs de la NABM.

Dans le cadre des accords triennaux signés entre l'assurance-maladie et les syndicats de biologistes, des évolutions des tarifs étaient prévues pour « tenir » le taux d'évolution contractuel, mais ces évolutions n'étaient liées qu'à des négociations d'enveloppe, ainsi qu'à des objectifs de pertinence des soins, pas à des estimations de coûts (que personne ne mesure). Et les actes innovants n'étaient pas dans le champ de l'accord. Au demeurant, en dehors des plates-formes privées très spécialisées, les laboratoires voient peu d'intérêt à inscrire à la NABM des actes nouveaux dont beaucoup resteront dans le domaine hospitalier public.

### **Ces problèmes sont en grande partie liés à une procédure de gestion de la NABM inopérante**

Les procédures mises en place sont trop lourdes, trop longues et ne permettent pas d'introduire les actes innovants, aussi bien du fait de cette lourdeur que par le fait, signalé plus haut, du peu d'appétence des acteurs en charge de la gestion de la NABM d'inscrire ces nouveaux actes.

Le schéma suivant, présenté par la CNAM, indique le circuit d'inscription d'un acte à la NABM.

---

ou pour des pathologies déterminées, sur lesquels il souhaite être reconnu comme référent. Toutefois, ce laboratoire de biologie médicale devra être accrédité sur les examens concernés, au plus tard, à la date de publication de l'arrêté de nomination des LBMR. »

## Circuit d'inscription d'un acte de biologie sur la liste des actes et prestations remboursables (NABM)



Même si la NABM est révisée régulièrement (sauf certaines années où la commission ne se réunit pas ou peu) pour modifier des cotations d'actes ou modifier des libellés sans modifier le code (ce qui n'est pas très rigoureux au regard des règles de gestion d'une nomenclature), l'inscription d'actes nouveaux est rare, à l'exception de 2019, comme l'indique le tableau suivant<sup>60</sup> :

2019	<p>Inscription de 2 nouveaux actes pour le dépistage de la trisomie 21</p> <p>Inscription de 14 nouveaux actes pour les diagnostics de toxoplasmose, CMV, hépatite virale, herpès, varicelle et zona, et nombreuses modifications</p> <p>Inscription de 2 actes nouveaux en microbiologie, 5 actes nouveaux pour le diagnostic cytopathologique gynécologique</p> <p>Inscription de 4 actes nouveaux en parasitologie</p> <p>Inscription d'1 acte pour le diagnostic du virus du Nil occidental</p> <p>Inscription de 5 nouveaux actes en AMP</p> <p>Inscription de 3 nouveaux actes en microbiologie (diagnostic EBV)</p> <p>Inscription d'1 acte nouveau pour le diagnostic de la rougeole</p>
2018	Modifications de la rubrique syphilis
2017	9 nouveaux actes dont 1 est une fusion de 2 actes antérieurs, et 3 sont liés à la recherche des virus Zika, Dengue, Chik...

<sup>60</sup> A noter que d'autres modifications peuvent intervenir : suppressions d'actes, modifications de libellés, de position dans l'arborescence...

	+ 2 actes pour le dépistage prénatal des trisomies
2016	3 nouveaux actes pour les virus Zika, Dengue, Chik
2015	Aucune inscription
2014	11 nouveaux actes pour les arboviroses, la leptopirose
2013	Révision de l'ensemble du chapitre hémostase
2012	Aucune inscription
2011	3 nouveaux actes pour les scores hépatiques
2010	4 nouveaux actes

Sans minimiser l'importance de ces inscriptions, force est de constater qu'à ce rythme, le « stock » de près de 700 actes en attente n'est pas prêt de se résorber. Le nombre d'inscriptions observé en 2019 (37 nouveaux actes, et nombreuses modifications), toutefois, laisse envisager une accélération des travaux.

Cette situation peut concerner des actes éventuellement importants sur le plan de la santé publique, comme le dépistage prénatal des trisomies par séquençage haut débit, qui avait fait l'objet de nombreuses recommandations, permettant d'éviter la réalisation de caryotypes fœtaux, et n'a été inscrit qu'en 2017.

### Pistes de propositions

- Adopter une gouvernance unifiée des nomenclatures de biologie, ville/hôpital, hors procédure conventionnelle, associant en particulier les acteurs hospitaliers et les sociétés savantes, en distinguant :
  - L'étape de description des actes, qui devrait être commune à tous les secteurs, et ne pas souffrir de retard à l'inscription ;
  - L'étape de tarification, qui serait scindée, pour la ville d'une part, l'hôpital d'autre part ;
- Etudier la piste de développement de « forfaits biologie », des forfaits pour plusieurs actes fréquemment réalisés ensemble ;
- Réaliser des études de coûts de réalisation des actes de biologie sur un large champ d'analyses, et viser un objectif d'adéquation entre les tarifs et les coûts ;
- Adopter une procédure d'évaluation « rapide » par la HAS pour absorber le « stock » des actes en attente depuis plus de 10 ans.

## Encadré : Le RIHN et la liste complémentaire

Source DGOS <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn>

**Le Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature** de biologie et d'anatomocytopathologie (RIHN), mis en place par la DGOS dans le cadre du développement de l'innovation en santé, offre un dispositif pérenne de soutien à la biologie médicale et à l'anatomocytopathologie innovantes. Ce « pilier de soutien à l'innovation » permet une prise en charge précoce et transitoire d'actes innovants de biologie médicale et d'anatomocytopathologie.

Elle est conditionnée à la réalisation d'un recueil prospectif et comparatif de données pour valider l'efficacité clinique et l'utilité clinique et médico-économique de ces actes innovants. Ces données faciliteront leur évaluation ultérieure par la haute autorité de santé (HAS), en vue d'une prise en charge par la collectivité, qu'elle soit de ville (NABM, CCAM) ou hospitalière.

Le RIHN est donc un mécanisme de prise en charge conditionnelle.

Tout acte de biologie ou d'anatomocytopathologie inscrit au sein du RIHN :

- présente un caractère innovant
- est décrit sous forme d'acte global
- peut, s'il est prescrit en établissement de santé, être financièrement pris en charge de manière transitoire au titre de la dotation de la MERRI G03
- fait l'objet d'un recueil prospectif et comparatif de données cliniques ou médico-économique
- est dispensé de l'obligation d'accréditation.

Les modalités de fonctionnement et d'actualisation du RIHN sont détaillées dans l'instruction [DGOS/PF4/2015/258 du 31 juillet 2015](#) relative aux modalités d'identification, de recueil des actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie hors nomenclature éligibles au financement au titre de la MERRI G03.


Dans sa version 2020, il comprend 238 actes (nombre quasi-inchangé depuis 2016).

A été déterminée en outre **une liste complémentaire des actes** susceptibles de faire l'objet d'une évaluation par la haute autorité de santé (HAS) et le cas échéant d'une prise en charge ultérieure de droit commun par la collectivité et leurs cotations associées.

Ces dernières années, un nombre limité d'actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie a été pris en charge par la collectivité. Un stock s'est donc constitué, composé d'actes initialement innovants, mais désormais utilisés en soins courants et susceptibles de faire l'objet d'une évaluation par la HAS, puis, le cas échéant, d'une prise en charge de droit commun (ville ou hôpital), compte tenu de leur niveau suffisant de validation clinique estimé par les sociétés savantes.

Dès 2015, afin de ne pas pénaliser leur réalisation et de ne pas générer de perte de chance pour le patient ou de dépenses injustifiées, ces actes sont inscrits dans une liste complémentaire :

- Ils peuvent faire l'objet d'une prise en charge financière au titre de la MERRI G03, dans l'attente d'une décision de prise en charge par la collectivité ou de l'obtention d'un service attendu insuffisant par la HAS
- Ils sont soumis à l'obligation d'accréditation.



La liste complémentaire est indépendante du RIHN et n'a pas vocation à être alimentée par des actes qui en sont issus. Elle est en effet exclusivement constituée du stock d'actes en attente d'évaluation et dont le financement a vocation à basculer dans le droit commun (ville ou hôpital) en cas d'évaluation positive par la HAS.

L'actualisation de la liste complémentaire est fonction de la radiation des actes qui la composent en raison :

- d'une prise en charge de droit commun par la collectivité (ville ou hôpital) suite à une évaluation favorable de la HAS ;
- d'une radiation simple suite à une évaluation défavorable de la HAS ou à un refus de prise en charge par la collectivité ;
- de la mise en évidence de la non pertinence de son inscription au sein de la liste complémentaire, après analyse de la HAS, de la DGOS ou de la CNAMTS.

Cette liste en 2020 comprend 412 actes (contre 455 actes en 2016).





## Annexe 10 : Décentraliser les financements : les questions soulevées par la régionalisation de l'ONDAM

Une décentralisation ne peut se concevoir, sauf à prendre un risque d'inflation incontrôlable des projets, sans une décentralisation des financements. Pour ce faire, le levier consistant à régionaliser l'ONDAM est régulièrement évoqué dans le débat public avec une double visée :

- La première se placerait du point de vue de l'utilisateur et aurait pour but de réduire les écarts de consommation sur le territoire.
- La seconde viserait à régionaliser le pilotage du système de santé et essentiellement de l'offre dans une perspective de rationalisation de celle-ci. La régulation de la dépense serait supposée plus efficace à un niveau proche des offreurs considérés sur un territoire donné et permettant d'associer les différents acteurs locaux dont les collectivités territoriales.

Savoir dans quelle perspective on se place est essentiel, car selon le point de vue, les objectifs régionaux de dépenses à constituer sont sensiblement différents : consommation des habitants d'une région quel que soit le lieu où elle s'effectue ou production des offreurs d'une région quelle que soit la provenance des patients pris en charge. L'écart est sensible compte tenu des mobilités des patients en particulier dans le champ hospitalier. Il est maximum pour une région à l'offre attractive telle que l'Île de France.

### **Corriger les inégalités de consommation ?**

S'agissant des inégalités de consommation, on rappellera quelques constats :

- Les inégalités sont beaucoup plus importantes pour les consommations de soins hospitaliers que pour les consommations de soins de ville. Mais elles s'effacent très largement pour ce qui concerne les soins hospitaliers (du fait de la mobilité des patients) une fois prises en compte les caractéristiques d'âge et d'état de santé de la population ;
- Les structures de consommation sont variables selon les régions suggérant selon les cas des effets de complémentarité entre hôpital et ville ou des effets de substitution ;
- Les disparités de consommation sont imputables à plus de 70 % aux disparités infrarégionales et à 30 % aux disparités interrégionales.

Ces constats conduisent à différentes interrogations sur la façon de raisonner dans la construction d'enveloppes régionales permettant un rapprochement des consommations par personne :

- Faudrait-il une enveloppe globale ou distinguant les différents types de consommation ?
- Devrait-on se rapprocher d'une structure de consommation moyenne, d'une structure cible ?
- Comment prendre en compte les disparités d'état de santé entre catégories sociodémographiques ?

Au total, compte tenu de ces difficultés, on peut considérer que le développement d'outils et de moyens à la main des ARS et des délégations territoriales serait mieux à même de répondre à cette recherche d'égalité qui s'explique pour l'essentiel par des disparités infrarégionales. Ceci ne doit pas cependant conduire à évacuer totalement la question de la péréquation au bénéfice de régions spécialement défavorisées.



## Régionaliser la régulation de l'offre et de la dépense ?

On peut penser que l'efficacité de la régulation serait significativement renforcée en donnant plus de responsabilité à des acteurs déconcentrés et en leur permettant d'adapter le système de soins aux besoins locaux à moindre coût selon une logique décloisonnée permettant de réduire les inefficacités ou les situations locales de rente.

La régionalisation de la régulation de l'offre et de la dépense est d'autant plus pertinente que les combinaisons productives sont extrêmement variables selon les territoires et que la recherche de l'efficacité doit, au-delà de stratégies nationales, s'appuyer sur des alliances d'acteurs locaux qui ont une bonne connaissance de dysfonctionnements susceptibles d'être corrigés (pourvu qu'ils soient dotés d'outils et de référentiels produits notamment nationalement).

Certains poussant au bout la logique préconisent des ORDAM dont les acteurs locaux seraient tenus responsables. La construction de telles enveloppes est tout-à-fait concevable. Elle pose cependant dès le départ la question politique de la péréquation et de la capacité à réduire les enveloppes du Sud-Est pour augmenter celles du Nord ou du Centre (avec une interrogation sur l'impact de tels correctifs si l'offre ne s'ajuste pas aussi, notamment en termes de démographie médicale). De façon plus sensible, elle débouche logiquement sur la différenciation selon les régions des taux de prélèvement pour financer la santé et des tarifications des offreurs. Peu d'acteurs seraient prêts aujourd'hui à une telle évolution.

Une version plus limitée de l'ORDAM pourrait prendre la forme d'un ORDAM organisation (hors financements correspondant à une rémunération d'activité). Mais une telle enveloppe serait en l'état actuel constituée de financements essentiellement hospitaliers.

### Dans l'immédiat l'intérêt de transformer et renforcer le FIR

Compte tenu des difficultés pointées, il paraît aujourd'hui réaliste de travailler sur une augmentation et une modification des modalités de fonctionnement du FIR.

La première question est celle du montant du FIR. Actuellement d'environ 3,5 milliards d'euros (soit 1,75 % de l'ONDAM<sup>61</sup>), son montant pourrait être progressivement étendu à l'ensemble des dépenses d'intervention des ARS (présentes dans les dotations MIG, AC, OGD, médicosocial) et aux sommes dévolues à la structuration de la proximité<sup>62</sup>.

La deuxième question est celle des modalités de gestion du FIR. La simplification des orientations de l'administration pour l'usage du FIR (passage de huit à cinq objectifs) donne d'ores et déjà davantage de marges de manœuvre pour une stratégie régionale. Mais le poids des dépenses fléchées représente actuellement 80 à 90% du FIR. Augmenter une souplesse d'utilisation du FIR est une orientation à instruire. Mais compte tenu des sources de financement du FIR (une majorité de crédits en provenance de l'assurance maladie) et du rôle de la CNAM dans le processus d'accompagnement de la stratégie de transformation de notre système de santé, elle pose la question de l'articulation du rôle de l'Etat, de l'assurance maladie et des ARS.

---

<sup>61</sup> Au titre de la permanence des soins, d'actions de prévention et de soutien aux restructurations d'établissements et de l'innovation dans l'organisation des soins.

<sup>62</sup> Notons toutefois que l'augmentation du FIR ne peut se faire que par réfaction des tarifs et systèmes de rémunération nationaux. C'est une perspective actuellement écartée par les syndicats et organisations professionnelles (qu'il s'agisse des tarifs à proprement parler ou des forfaits de type ROSP). Le débat est rendu difficile du fait de la responsabilité particulière du régulateur dans l'équilibre financier des hôpitaux publics.

## Annexe 11 : Présentation de la cartographie médicalisée de la CNAM

(Source : CNAM, Dossier de presse de juin 2019, et site ameli pour la méthodologie)

La CNAM a élaboré depuis plusieurs années une description des dépenses d'assurance maladie du régime général (57,6 millions de personnes couvertes) par groupes de pathologies. Cette cartographie médicalisée demande 4 étapes :

**Constitution dans le SNDS de groupes à partir d'algorithmes médicaux** (qui s'affinent chaque année) : 56 groupes de pathologies, traitements ou épisodes de soins (identification par les codes ALD, les codes diagnostiques en hospitalisation ou des traitements spécifiques) sont regroupés en 13 grandes catégories : cardioneurovasculaires (CNV), cancers, diabète, maladies psychiatriques, maternité, traitement du risque cardiovasculaire (anti-hypertenseurs, hypolipémiants, hors pathologies), etc.

A ces groupes, s'ajoutent 3 autres groupes de populations :

- hospitalisations ponctuelles,
- traitements antalgiques ou anti-inflammatoires,
- soins courants (i.e. sans pathologie repérable, ni maternité, ni hospitalisation ponctuelle, ni traitement antalgique), et ayant consommé des soins remboursés

**Remontée des dépenses remboursées par l'Assurance maladie obligatoire pour chaque individu**, par poste de dépenses (26 postes)

Remarque 1 : pour les postes de soins de ville, afin de ne pas surestimer les dépenses affectées à un groupe de population donné, la méthodologie conduit, avant toute affectation de dépense à un groupe de population, à retrancher aux dépenses par poste de chaque individu un montant correspondant à un montant de dépenses pour les soins dits « courants » sur le poste considéré.

Remarque 2 : Les honoraires en cliniques privées sont affectés aux dépenses des établissements de santé

**Répartition des dépenses entre les groupes de pathologies et traitements spécifiques :**

- Les séjours hospitaliers en MCO, SSR et psychiatrie sont rattachés directement aux « pathologies », ou au groupe « épisode hospitalier ponctuel » lorsqu'ils ne sont pas en rapport avec une des « pathologies » identifiées (un séjour n'est affecté qu'à un groupe)
- Les dépenses du poste « IJ maternité » sont rattachées directement au groupe « maternité »
- Pour les autres postes de dépenses, la répartition des montants remboursés entre les différents groupes diffère selon les cas :
  - Bénéficiaire avec une seule pathologie/épisode de soins : ses dépenses ont été affectées à la pathologie/épisode de soins.
  - Bénéficiaire avec plusieurs pathologies/épisode de soins : ses dépenses ont été réparties au prorata des dépenses moyennes par pathologie ou épisode, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'ayant que cette unique situation de recours aux soins.

Ces règles conduisent à ce qu'il n'y ait pas de double compte dans l'attribution des dépenses.

Par contre, un individu est compté autant de fois qu'il a de « pathologies ».

### Extrapolation des dépenses à l'ensemble de la population française.

En 2017, l'affectation des 140 Mds d'euros de dépenses remboursées (régime général) est décrite par le schéma suivant :

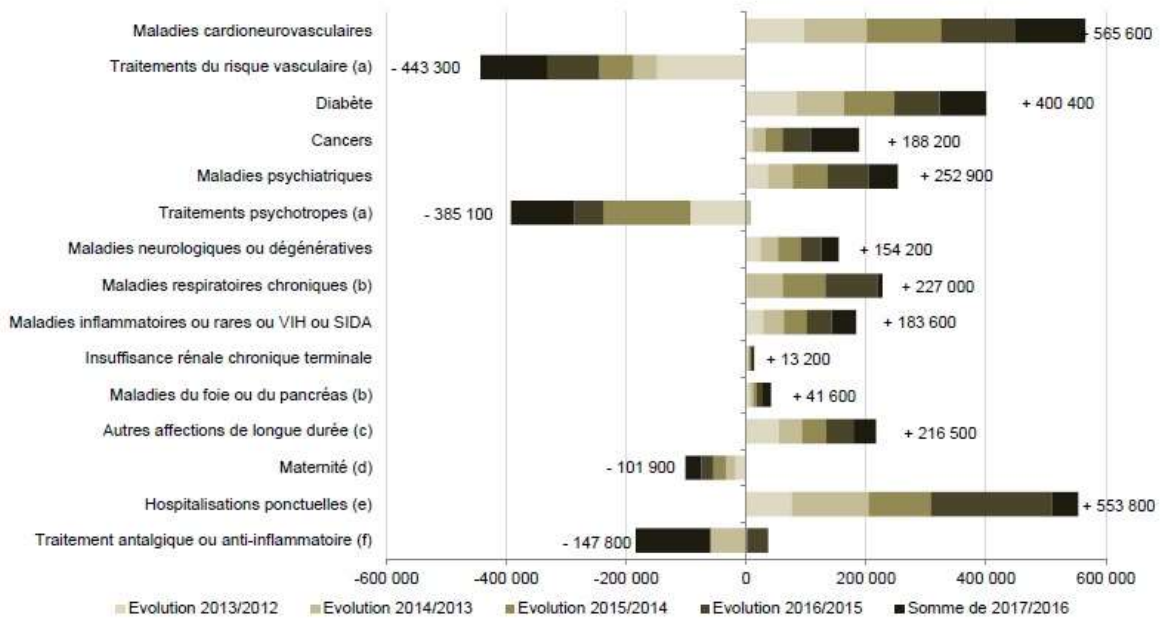
### 2017- Affectation des 140 Mds d'euros remboursés (Régime général)



Des analyses consolidées permettent d'étudier les évolutions 2012-2017, aussi bien sur les effectifs par groupe que sur les dépenses.

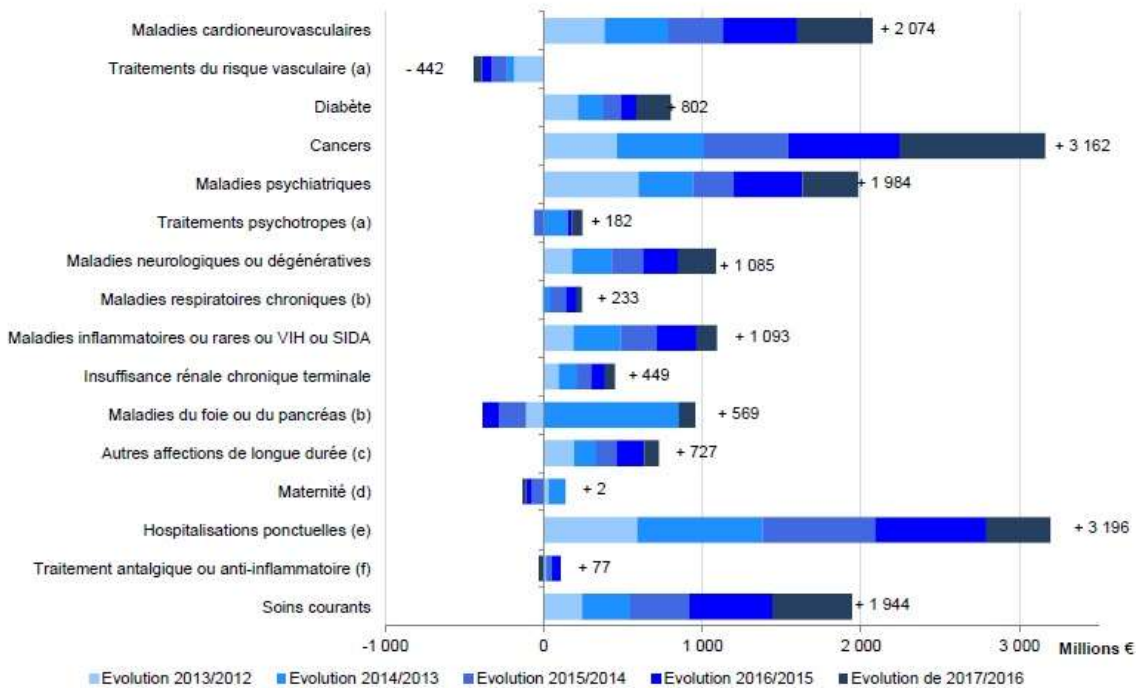
## 2012-2017 : Evolution des effectifs

- Augmentation notable des effectifs de maladies cardiovasculaires, diabète et hospitalisations ponctuelles
- Mais aussi baisses des effectifs pour certains groupes



## 2012-2017 : Evolution des dépenses (en M€)

- + 17,1 Mds € entre 2012 et 2017 (soit +14 %)

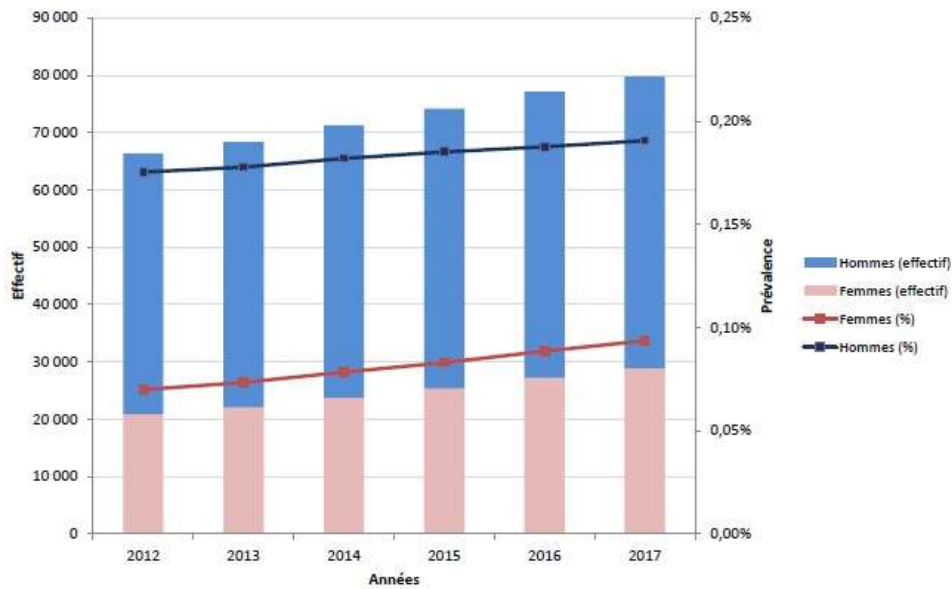


Il est ainsi possible, face à une évolution des dépenses totales pour un groupe, de distinguer l'impact de l'évolution des effectifs et celui de l'évolution des dépenses moyennes par patient, et ce, par poste de dépenses.

Exemple du cancer du poumon en phase active :

## Cancer du poumon en phase active - Evolution du nombre de patients traités de 2012 à 2017

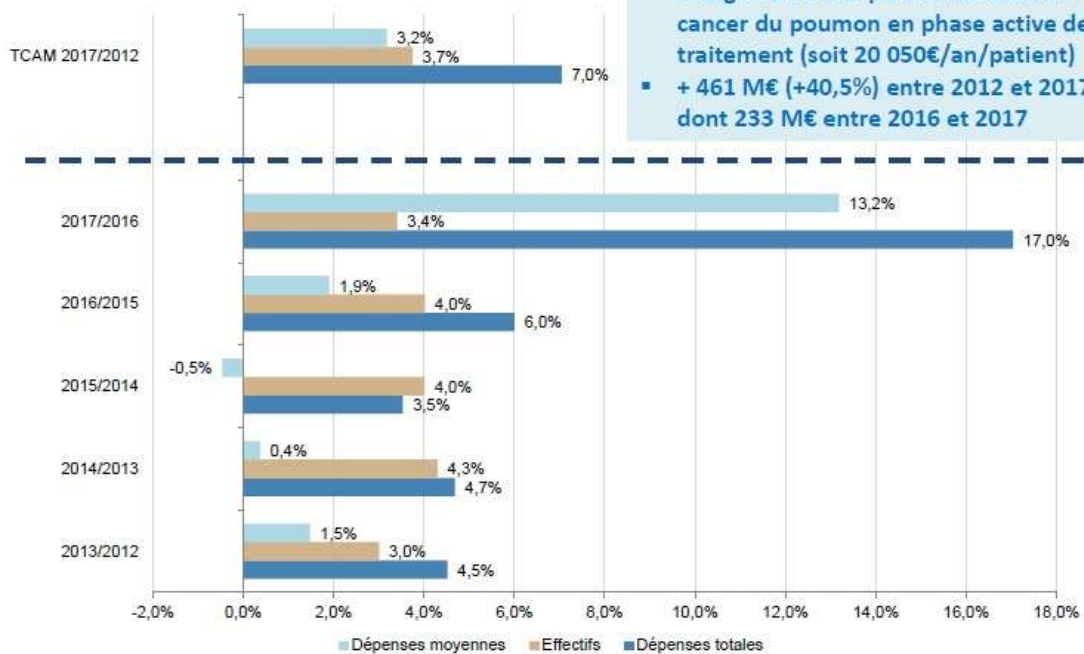
- Près de 80 000 personnes prises en charges en 2017 dont 2/3 d'hommes
- Progression notable des cancers chez les femmes (+38 % versus +12 % chez hommes)





## Cancer du poumon en phase active – Evolutions sur la période 2012-2017

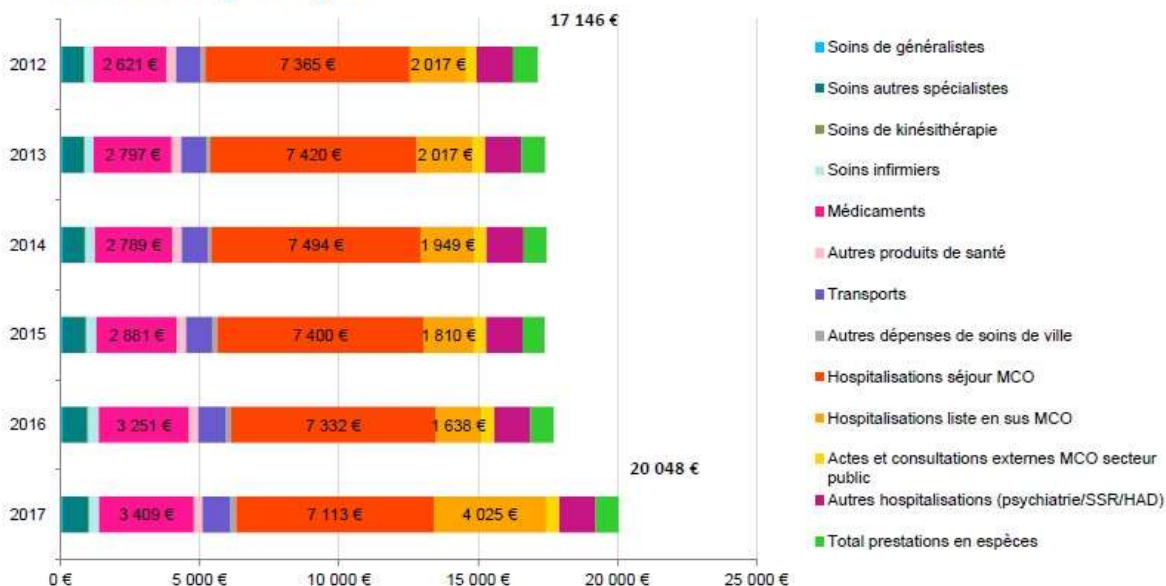
- En 2017, forte augmentation de la dépense annuelle moyenne par patient (+13% en 1 an)





## Cancer du poumon actif - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2017

- La forte croissance observée entre 2016 et 2017 provient principalement l'augmentation du poste « liste en sus MCO » (+ 145 %) -> arrivée des anti-PD1
- Le poste « médicament » : + 30 % entre 2012-2017 malgré la baisse de prix et l'arrivée de génériques



### Ainsi :

- Il est possible de décliner le taux global d'évolution de l'ONDAM en composantes médicalisées pour comprendre à quoi sont utilisés les montants globaux et les augmentations de ces montants
- 4 groupes représentent les 2/3 de l'évolution des dépenses sur la période considérée
- A noter l'importance du poste « hospitalisations ponctuelles », hors pathologies chroniques
- Ces données indiquent quel est l'impact des évolutions démographiques et épidémiologiques, certaines de ces évolutions étant sensibles aux actions de prévention
- Elles illustrent aussi l'impact des politiques de prix sur les médicaments (produits onéreux en cancérologie, génériques)



Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

#### **Dernières publications et actualités du HCAAM**

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

#### Contact

hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

#### Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07  
SP

#### Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée  
Buffon  
75696 Paris cedex 14