



# Conférence nationale de santé 1998

# Rapport du HCSP

**Le HCSP a présenté à la Conférence nationale de santé 1998 deux contributions qui abordent des questions très concrètes posées au système de santé de notre pays. La première concerne la possibilité de réduire les inégalités de santé par l'allocation régionale des ressources, la seconde les problèmes de l'iatrogénie.**

## **ALLOCATION RÉGIONALE DES RESSOURCES ET RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ**

**Jean-Claude Sailly**, ancien membre du Haut Comité de la santé publique

**Les ordonnances d'avril 1996 prévoient, outre le vote par le Parlement de l'Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam), la répartition de cet Ondam entre régions et entre enveloppes : hospitalisation publique, hospitalisation privée, médecine de ville généraliste, médecine de ville spécialisée et institutions médico-sociales. Dès lors se pose la question : ne peut-on utiliser ce processus de répartition pour réduire les inégalités de santé importantes et persistantes que l'on observe entre les différentes régions ?**

Il convient tout d'abord de se méfier de raisonnements simplistes consistant à tirer une conclusion hâtive de deux constatations. S'il est vrai, en effet, qu'il existe de grandes inégalités de santé entre les régions françaises, les régions du Nord apparaissant défavorisées à cet égard ; s'il est vrai qu'il existe de grandes inégalités d'offre de soins entre ces mêmes régions, les régions du Nord apparaissant moins bien dotées, tout au moins en matière d'équipement hospitalier et de médecine libérale, ne peut-on établir un lien étroit entre état de santé et offre de soins et préconiser une répartition régionale qui rétablisse peu à peu l'égalité de la répartition des dotations de ressources entre régions, ce qui devrait entraîner une réduction des inégalités de santé ?

### **Lien entre inégalités de santé et inégalités d'offre de soins**

À la réflexion, les choses sont beaucoup

moins simples que ne pourrait le laisser penser l'enchaînement causal qui vient d'être présenté. Quatre éléments viennent distendre l'apparente liaison forte entre état de santé et offre de soins.

Tout d'abord, la santé déborde largement les soins de santé. D'autres facteurs que le système de soins influent sur l'état de santé. Or l'Ondam ne concerne que l'offre de soins envisagés essentiellement dans des aspects curatifs. En second lieu, pour que l'offre de soins ait une influence sur l'état de santé, encore faut-il que les réponses qu'elle apporte soient adaptées à la nature des problèmes auxquels elle prétend répondre. En troisième lieu, il est souhaitable que les structures de soins soient non seulement pertinentes et efficaces, mais aussi efficaces, c'est-à-dire que les ressources consommées pour obtenir le résultat recherché soient bien utilisées, sinon il y aurait gaspillage de moyens. Enfin, il importe que les popula-

tions présentant des besoins de soins aient accès effectivement à ces soins, autrement dit qu'il n'y ait pas d'obstacles en termes de distance géographique, de distance culturelle ou de moyens économiques s'opposant à cet accès.

Cela signifie qu'il ne suffit pas d'augmenter les enveloppes des régions pâtissant en même temps d'états de santé médiocres et d'offres de soins faibles pour obtenir une amélioration de la santé des populations de ces régions.

### Faut-il prôner le *statu quo* ?

Il faut répondre négativement à cette question pour trois raisons.

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

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

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

Dès lors, s'il convient de répartir plus équitablement les ressources, quels peuvent être les principes permettant de mieux les distribuer ? Trois principes d'équité peuvent être proposés.

Le premier principe consiste à égaliser les moyens attribués à chaque région pour la production d'un ensemble de soins donné. Ceci revient à harmoniser les coûts de revient des différentes actions de santé entre régions. Ce principe, qui se traduit par l'égalisation des productivités régionales, n'est guère applicable que dans le domaine de l'hospitalisation. Le second principe préconise l'égalisation des consommations moyennes ou des dépenses

moyennes à besoin de soin égal. La mise en application de ce second principe nécessite de déterminer le besoin de soins, ce qui soulève des questions conceptuelles et méthodologiques majeures : ces besoins sont fonction de la taille de la population, mais aussi de la structure d'âge de cette dernière, de la morbi-mortalité (auquel cas, quel indicateur retenir : la mortalité générale, prématurée, évitable ? Le taux d'affection de longue durée ?), de la vulnérabilité économique et sociale. Le choix des critères de besoins de soins suscite bien des débats entre experts. Quant au troisième principe, plus ambitieux que les deux précédents, il revient à réduire les inégalités d'états de santé, ce qui exige d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé et de se préoccuper prioritairement d'actions de prévention et d'éducation.

### Les dispositifs actuels d'allocation régionale des ressources

Jusqu'à présent, trois enveloppes sur cinq ont fait l'objet d'allocations régionales différenciées.

Pour ce qui est de la dotation globale hospitalière (secteur public et participant au service public hospitalier [PSPH]), on a procédé ainsi : à l'aide de deux critères (critère de besoin approché par la population hospitalisable dans le secteur public<sup>1</sup> ; critère de productivité mesuré par le budget des établissements divisé par leur volume d'activité), on s'est donné une cible de dotation régionale à atteindre ainsi qu'un horizon temporel permettant de la rejoindre ; pour chacune des deux années 1997 et 1998, on a arrêté l'ampleur de la correction permettant de se rapprocher de cette cible<sup>2</sup>.

Quant aux objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales (omnipraticiens et spécialistes), ils ont été déterminés ainsi : pour chaque région, on a calculé la population potentiellement consommatrice du secteur libéral<sup>3</sup> ; la division du montant régional des dépenses d'omnipraticiens et de spécialistes pour cette

population a permis d'obtenir un montant unitaire ; la comparaison de ces montants unitaires régionaux avec la médiane nationale fournit une mesure des écarts interrégionaux, l'objectif étant de réduire chaque année cet écart<sup>4</sup>.

Ces dispositifs s'inscrivent dans un contexte que l'on peut qualifier ainsi :

- si les ordonnances de 1996 renforcent le rôle de la région dans la gestion de la politique sanitaire, il ne s'agit pas d'une véritable régionalisation car il n'existe à ce jour pas de lieu unique de définition de la politique régionale de santé, ni d'instance unique en charge de la mise en œuvre de cette politique ;

- la distribution des enveloppes de dépenses ne constitue qu'un des outils de répartition interrégionale des ressources : sont au moins aussi importantes la gestion des professionnels de santé et la carte sanitaire ;

- la déclinaison par enveloppes de l'allocation régionale des ressources traduit un fractionnement des dispositifs qui reflète les différences observées dans la régulation des grands secteurs de la santé, ce qui aboutit à un cloisonnement entre secteurs qui apparaît préjudiciable à une optimisation du système de soins.

Par ailleurs, les modalités de péréquation retenues jusqu'à présent appellent plusieurs remarques :

- les principes d'équité retenus relèvent essentiellement d'une égalité de tirage sur l'assurance maladie à « besoin » égal, plus marginalement d'une égalité de productivité (pour l'enveloppe hospitalière) ;

- la gestion sectorielle des enveloppes aboutit à proposer, dans chaque région, et pour chaque enveloppe, une cible qui apparaît comme une norme de consommation de soins. Très concrètement, ce système vise à ce que, au bout de 15 à 20 ans, chaque région ait, à âge égal, la même dépense en hospitalisation, en omnipraticiens et en spécialistes : on redistribue alors, non seulement entre régions riches et pauvres, mais également (et fortement !) entre secteurs dans une même région ;

<sup>1</sup> Le principe du recours à cet indicateur revient à donner à chaque région, compte tenu de sa structure d'âge et de son recours à ce type d'hospitalisation, le même droit de tirage théorique sur l'enveloppe de dotation globale hospitalière que celui observé au niveau national.

<sup>2</sup> La croissance des dotations régionales a oscillé entre -0,81 % et +1,83 % en 1997, de +0,35 % à +2,55 % en 1998.

<sup>3</sup> Il s'agit de la population résidente pondérée par âge et par le taux de recours aux médecins libéraux dans l'ensemble de l'activité ambulatoire.

<sup>4</sup> Ainsi pour les objectifs de dépenses de spécialistes, les taux de croissance accordés ont oscillé entre +0,49 % et +1,98 % en 1997, entre +1,43 % et +2,97 % en 1998 ; pour les omnipraticiens, la croissance différenciée accordée en 1997 (comprise entre +0,94 % et +2,11 %) n'a pas été reconduite en 1998.



– le niveau de précision des instruments utilisés est tel qu'il convient d'être prudent dans les corrections à opérer en dehors des positions extrêmes ;

– les indicateurs de besoins utilisés restent frustes et sont davantage des indicateurs de recours aux soins.

### Les préconisations du HCSP

S'il convient d'être prudent sur la possibilité de réduire les écarts de santé entre régions par les allocations différentielles de ressources financières, si la question à traiter est complexe et si les outils à notre disposition sont imparfaits, il importe de poursuivre et d'améliorer le processus engagé tant pour des principes d'équité que pour des raisons tenant à la pression au rééquilibrage des dotations que l'on observe dans notre pays depuis que sont mieux connues les inégalités d'état de santé et d'offre de soins.

Parmi les principes retenus par le HCSP pour effectuer les préconisations qui suivent figurent :

– le souci de gommer certaines imperfections d'ordre méthodologique des dispositifs actuels ;

– l'accroissement de la fongibilité des enveloppes, la logique actuelle risquant de rigidifier l'offre et freinant les redéploiements souhaitables ;

– une meilleure prise en compte des besoins de soins ;

– le souhait de s'acheminer vers l'objectif d'équité tendant à réduire les inégalités en termes d'état de santé : le moyen préconisé consiste à réserver une partie de l'Ondam à des actions ciblées sur des problèmes prioritaires d'une région et à confier cette enveloppe spécifique aux régions.

De façon pédagogique, quatre « scénarios » ont été élaborés qui, soit constituent

des aménagements des dispositions actuelles (scénarios 1 et 2), soit s'écartent de la logique qui les inspire (scénarios 3 et 4).

### Deux scénarios s'inscrivent dans la logique actuelle

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

– ils s'intéressent essentiellement au principe d'équité visant à égaliser les droits de tirage sur l'assurance maladie à besoin égal ;

– ils ont pour objectif de redistribuer l'ensemble des masses de dépenses de soins entre régions ;

– ils gardent les traits essentiels de la régulation du système : gestion par enveloppes sectorielles, maintien du rôle des institutions aux plans national et régional.

Le scénario 1 reprend l'essentiel des dispositifs actuels avec quelques modifications. Les améliorations proposées consistent en la suppression de certaines imperfections méthodologiques repérées dans le système actuel : prise en compte des possibilités de substitution entre généralistes et spécialistes, meilleure estimation de la répartition entre hospitalisation publique et hospitalisation privée, harmonisation dans l'utilisation des données (choix des tranches d'âge pour estimer les besoins, recours à la moyenne ou à la médiane pour calculer la sur- ou sous-dotations ...), souhait d'accorder des allocations différenciées pour les seules régions se trouvant aux extrêmes de la distribution.

Ce scénario continue à raisonner en enveloppes sectorielles ; il garde le rapprochement à la moyenne nationale du poids des secteurs de soins de chaque région. Par ailleurs, l'appréciation des besoins se fait uniquement en termes de structure d'âge de la population et de recours effectif au système de soins, ce dernier critère étant en partie corrélé à l'offre (alors que c'est celle-ci qu'il prétend déterminer).

Le scénario 2 propose d'abord une pérennité globale au niveau régional et, dans un second temps, un redécoupage sectoriel.

La répartition des enveloppes entre régions s'effectue en premier lieu sur l'ensemble des dépenses et à l'aide d'indicateurs d'âge et de morbidité. Le découpage entre secteurs n'intervient qu'ensuite au niveau *infra*-régional et en respectant les parts de marché de chacun

d'eux, variables d'une région à une autre. Par rapport au scénario 1, qui utilise plusieurs critères selon la nature de l'enveloppe considérée, la détermination des régions sur ou sous-dotées apparaît plus simple et, partant, plus lisible.

Les inconvénients du scénario 2 sont liés au fait que, tout comme le scénario 1, il reste dans la logique des enveloppes sectorielles. Par ailleurs, s'il échappe au reproche fait au scénario 1 de ramener à la moyenne nationale le poids relatif des secteurs ambulatoire et hospitalier dans chaque région, il peut être taxé de conservatisme précisément en le laissant inchangé. Néanmoins, sans doute est-il préférable d'entériner une situation régionale (qui n'est sans doute pas optimale) que de prendre pour norme une moyenne nationale (qui ne l'est pas plus et qui conduit à des bouleversements importants dans les régions qui s'en éloignent fortement).

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

### Un scénario en rupture

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

– il ne privilégie plus le principe d'équité de l'égalisation des droits de tirage sur l'assurance maladie à besoin égal, et donc il ne s'intéresse plus à la redistribution équitable de l'ensemble des masses financières de l'Ondam ;

– sur l'essentiel de ces masses, il souhaite opérer une répartition fondée sur le premier principe d'équité « égalisation des productivités » dans les seuls secteurs où cette productivité peut être mesurée, à savoir l'hospitalisation (alignement sur les coûts par point ISA pour l'hospitalisation publique et les établissements médico-sociaux ; alignement sur les tarifs pour les cliniques) ; il n'y aurait plus de déclinaison régionale pour le secteur libéral ambulatoire, dont les tarifs sont unifiés sur l'ensemble du territoire et pour lequel on

Cet article synthétise les conclusions d'un rapport du HCSP (*Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités en santé*. In *Rapport à la Conférence nationale de santé*, HCSP, 1998 : 3-143) remis à la Conférence nationale de santé et au Parlement en mai 1998. Ce rapport a été élaboré par un groupe de travail présidé par Jean-Claude SAILLY et réunissant des membres du HCSP, des experts et des représentants de l'administration. Ce rapport sera publié au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 1999 aux Éditions ENSP.



certain cas la compensation de la perte de revenus, ils ne constituent en aucune façon une indemnisation du préjudice social, familial ou personnel résultant de l'iatrogénie. Par ailleurs, les jeunes n'ayant pas encore de couverture personnelle, les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle ou celles n'ayant pas souscrit d'assurance sont moins bien couvertes. Il est alors normal qu'une personne qui a vu son état de santé altéré à la suite d'un acte médical ou paramédical soit encline à réclamer une indemnisation compensatoire pour réparer le préjudice subi.

**Des projets de loi visant à de meilleures conditions d'indemnisation**

En l'absence d'accord amiable, les procédures judiciaires sont longues et pénibles pour la victime qui doit souvent attendre

plus de dix ans pour en connaître le résultat, au terme d'une succession de jugements et d'arrêts parfois contradictoires. Face à cette situation, et afin de porter secours aux victimes plus rapidement, un certain nombre de projets de loi ont été déposés sur le bureau des deux assemblées. Dans ces différentes propositions, l'objectif est clairement affirmé : il s'agit d'indemniser les victimes dans les meilleurs délais à partir d'un fonds de garantie mais sans analyser les circonstances qui ont entraîné le dommage.

**Des dispositifs d'indemnisation qui ne doivent pas détourner de l'enjeu principal : la réduction de l'iatrogénie**

Il est bien évident que les dispositions visant à unifier, simplifier et accélérer les procédures d'indemnisation ne peuvent que

recevoir un accueil favorable. Néanmoins, les débats dans ce domaine ne doivent pas faire oublier que le principal enjeu est celui de la réduction de l'iatrogénie évitable.

Les dispositifs retenus, s'ils doivent être simples à mettre en œuvre pour les victimes, ne doivent donc pas conduire à une déresponsabilisation des professionnels de santé. Cet aspect semble fondamental pour éviter tout relâchement dans la lutte contre l'iatrogénie. Au demeurant, il semblerait souhaitable qu'un éventuel débat sur l'indemnisation des victimes de l'iatrogénie soit l'occasion d'aborder également la situation des professionnels de santé face à ce risque. La population, comme les professionnels, ont en effet intérêt à une clarification dans ce domaine. ■

Allocation régionale... suite de la page 8

ne dispose d'aucun indicateur spécifique d'efficience ;

- en revanche, il insiste sur le troisième critère d'équité « réduction des inégalités de santé » et propose, pour y parvenir, de travailler non plus sur la masse de dépenses, mais sur une marge, non symbolique (de l'ordre de 6 milliards de francs par an) : une enveloppe spécifique (répartie selon les besoins, y compris en termes de morbi-mortalité) destinée à mettre en œuvre, au niveau régional, des actions transectorielles répondant à des priorités de santé publique.

Ce scénario présente l'avantage de la simplicité de logique tout en répondant à deux critères d'équité : celui de l'égalisation des productivités sur la partie hospitalière des masses de dépenses, celui de la réduction des inégalités de santé sur la marge de manœuvre, il autorise la mise en place d'une véritable stratégie de santé publique au niveau régional, stratégie pouvant entraîner des modifications substantielles dans le comportement des professionnels de santé, par exemple dans la généralisation d'une démarche qualité, et devant faciliter des actions transectorielles. Le montant de 6 milliards de francs (1 % de l'Ondam) proposé ici peut être modulé au cours du temps. Si l'expérience s'avère fructueuse, le pourcentage de la masse globale ainsi affecté à l'enveloppe spécifique peut croître afin d'amplifier le mouvement ainsi déclenché.

**Un scénario prônant une véritable régionalisation**

Le principe sous-tendant la proposition de scénario 4 est le suivant : on assigne à la répartition interrégionale de l'Ondam l'objectif d'opérer une distribution en fonction des états de santé mesurés par un indicateur démographique pondéré par la mortalité, chaque région ayant ensuite la responsabilité de répartir cette dotation au niveau *infra*-régional entre structures de soins et actions en faveur de la santé publique.

Afin d'effectuer cette répartition *infra*-régionale, serait créée une Agence régionale de la santé (ARS), chargée d'opérer la distribution de l'enveloppe entre secteurs et entre priorités.

Ce scénario, qui suppose une régionalisation beaucoup plus poussée que celle actuellement en cours, engendre donc des modifications importantes de la législation actuelle et repousse au niveau régional la détermination des critères devant présider à l'allocation *infra*-régionale des ressources.

Ce scénario apparaît séduisant à ceux qui souhaitent non seulement une déconcentration des décisions en matière de santé, mais une décentralisation très poussée. Ceci pose des problèmes techniques importants : quels vont être les critères utilisés au niveau régional pour répartir l'enveloppe entre différentes actions et différentes structures : seront-ils uniques sur l'ensemble du territoire ou propres à chaque région ? En toute hypothèse, ne

faut-il pas des règles nationales pour assurer le financement de l'hospitalisation publique ? Au-delà des aspects techniques, le scénario 4 pose surtout des questions politiques : quels seraient les pouvoirs et les fonctions de l'Agence régionale de santé ? Un tel scénario peut-il se passer d'attributions nouvelles données aux assemblées régionales élues ?

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

**Conclusion**

Les divers scénarios évoqués dans le rapport du HCSP constituent moins des solutions alternatives bien typées que des procédés pédagogiques destinés à expliciter les orientations vers lesquelles on pourrait aller : celles-ci relèvent de trois ordres de considérations : philosophiques et éthiques (conception de la santé et de l'équité) ; scientifiques et techniques (liaisons observées entre état de santé, offre de soins, recours aux soins) ; contexte institutionnel ; règles de tarification et de financement) ; enfin des considérations politiques : en fonction de la vision philosophique et éthique à laquelle on se réfère et suite à l'éclairage fourni par les experts, quelles options prend-on, en référence à un projet politique ? Il appartient aux instances en charge de la décision d'exprimer leurs préférences sur ce point. ■