

Les systèmes d'information de la régulation de l'offre de soins

La régulation du système de santé s'est orientée vers la gestion de l'offre de soins en fonction d'impératifs économiques. Elle a nécessité la mise en place d'un système d'information plus adapté à la gestion des activités.

Nathalie Morieul
Stagiaire, Université
Paris IX-Dauphine
Marc Duriez
Chargé de mission,
Haut Comité de la
santé publique

L'analyse de la régulation française de l'offre de soins au cours de ces trente dernières années fait ressortir, après une longue période de gestion des structures, l'émergence récente d'une approche de la performance et de la qualité.

De la planification à la régulation financière

La première grande période s'étale du début des années soixante-dix au début des années quatre-vingt-dix. La maîtrise budgétaire des dépenses de santé s'impose. Dès le début des années soixante-dix, les premières mesures de rationalisation de l'offre hospitalière sont prises. Elles s'illustrent à travers l'instauration de la carte sanitaire en 1972 (redéploiement des services entre court, moyen et long séjour). La carte sanitaire détermine le nombre d'installations et d'activités de soins nécessaires dans chaque zone sanitaire retenue (secteur, région et ensemble de territoire) par application d'indices de besoins à la population résidant dans cette zone. Un *numerus clausus* répond à la fois au souci des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé en limitant la croissance de l'offre de soins et aux craintes des médecins d'une « pléthore médicale ».

En 1980, une réforme du système conventionnel est engagée avec la création d'un double secteur. À côté des médecins du secteur dit « conventionné » (ou secteur I), d'autres optent pour un secteur conventionné « à honoraires libres » (ou secteur II), au prix de la perte de quelques avantages sociaux et fiscaux. En outre, pour la première fois, le texte de la convention signée cette année-là par les partenaires intègre la problématique de la maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit, pour les caisses de référer ainsi la gestion du risque maladie aux

contraintes économiques générales, et, d'autre part, de sensibiliser les médecins à leur rôle économique dans le système de santé.

Durant cette période, différents plans de maîtrise des dépenses se mettent en place qui bloquent les honoraires des médecins (plan Barre 1979). Ces différents mécanismes de contrôle budgétaire s'inscrivent ainsi dans une politique générale de contrainte sur les prix.

Le financement des hôpitaux par le prix de journée est jugé inflationniste et l'inflation spécifique du domaine sanitaire se développe à un taux supérieur à celui de l'inflation générale. Il incite, en particulier, les hôpitaux à allonger les séjours, à maximiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour. Il s'inscrit dans une optique purement quantitative, éloignée de la recherche de la qualité du service hospitalier.

En 1983, le prix de journée est abandonné au profit de la dotation globale de financement. Ce nouveau système de financement des hôpitaux, en les incitant à réduire les séjours, permet de contenir pour partie l'évolution des dépenses hospitalières. Cependant, il s'avère rapidement limité et insuffisant. Construite au départ sur une base historique, son évolution est fixée ensuite d'une année sur l'autre par un taux directeur national, sans référence à l'activité. Il pérennise ainsi les inégalités de moyens entre hôpitaux et favorise une externalisation de certaines activités vers les cliniques privées.

De la nécessité d'un système d'information médicalisé

Force est de constater qu'un financement global nécessite la mise en place d'un système d'information performant pour justifier les montants alloués à chaque hôpital.

Or le produit hospitalier n'est pas suffisamment décrit, le dossier médical n'est pas mis en commun entre les acteurs de santé et le système d'information en est à ses balbutiements. Les premières études de morbidité hospitalière datent seulement de 1985. L'activité de l'hôpital et donc ses performances demeurent inconnues.

À partir de 1982, une réflexion sur le projet PMSI, inspiré du modèle développé aux États-Unis par le professeur Fetter, s'engage. Elle répond à la nécessité d'élaborer des outils techniques valides susceptibles de fournir une appréciation réelle de l'activité des hôpitaux, notamment en introduisant les bases de comptabilité analytique, mais surtout de légitimer les choix proposés¹. Un guide de la comptabilité analytique est publié en 1985. Mais dans un environnement professionnel souvent hostile et un contexte technique *a priori* difficile (absence d'une traduction forte de production des données médicales et faible culture des données chez les praticiens), le PMSI mettra une dizaine d'années pour se généraliser dans les hôpitaux publics et privés français.

Le milieu des années quatre-vingt se distingue par le développement d'importantes avancées médicales en biologie, en imagerie médicale (IRM, échographie...). Cependant le modèle gestionnaire et décisionnel ne permet pas de juger de la qualité des services proposés. Outre le fait que les outils de mesure sont balbutiants (PMSI, enquêtes épidémiologiques), ils apparaissent inadaptés à la connaissance, voire inexistantes. Les nomenclatures ne peuvent être conçues comme des instruments de description de l'activité médicale. Elles sont utilisées essentiellement à des fins gestionnaires. La pharmacie représente le seul domaine où les procédures d'évaluation sont prévues (évaluation du service médical rendu, si le médicament est destiné à être remboursable par la Sécurité sociale ou vendu à l'hôpital, par la Commission de transparence). Parce que l'industrie pharmaceutique a besoin de légitimité, mais aussi parce que la prise de conscience d'évaluer l'apport du médicament est apparue dès les années quatre-vingt dans le cadre de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

A contrario, d'autres pays à la même époque avaient déjà inséré dans la gestion de leur système de santé des procédures systématiques d'évaluation.

Cette période est marquée également par la tentative de mise en place des réseaux de soins coordonnés. La loi du 19 janvier 1983 encourage, sur une base expérimentale, la création de réseaux de soins ville-hôpital. Elle apparaît ainsi comme une réponse à la mise en place du budget global dans les hôpitaux qui rend totalement opaque la mesure des activités hospitalières. L'idée mettra plus de douze ans pour connaître une institutionnalisation concrète dans la politique de régulation.

1. Naiditch M., Pouvourville (de) G., 1997.

Vers une approche qualitative de la régulation

La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, cherche à dépasser les limites des réformes instituées jusque-là et focalisées sur l'encadrement de l'offre de soins et son financement, pour s'articuler autour de plusieurs axes principaux, dont notamment l'adaptation de l'offre de soins aux besoins sanitaires de la population. Afin d'améliorer la qualité des soins, elle crée en particulier, à côté de la carte sanitaire, outil quantitatif d'encadrement du développement de l'offre de soins, un outil qualitatif, le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), qui « *détermine la répartition géographique des installations et activités de soins [...] afin d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population* ». Les premiers Sros couvrent la période 1994-1998 et leurs actions se fondent sur plusieurs principes : le renforcement des équipes médicales et des moyens médico-techniques des hôpitaux de moyenne proximité, la structuration des établissements en réseaux. La graduation des moyens en trois niveaux (régional, pôle de référence au niveau du secteur sanitaire et établissement de proximité) a pour but à la fois d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers par le maintien et la diffusion de soins hospitaliers courants sur des sites de proximité immédiate, et de favoriser la sécurité et la qualité des soins. L'objectif de régulation des coûts est cependant omniprésent.

La loi de 1991 confirme le principe de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital énoncé en 1984 et rejoint, au plan législatif, la mission de l'Agence nationale d'évaluation médicale (Andem) en 1990. La création de cette agence s'inscrit dans une démarche qualitative nouvelle de conseil, de formation et d'amélioration de l'analyse d'activité. Elle fait écho à la prise de conscience d'intégrer dans la régulation du système de santé de nouvelles approches et de nouveaux instruments. Elle a ainsi initié durant cette période une première démarche d'évaluation, reprise et renforcée par la suite avec la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), qui s'y substitue. La loi confirme également le bien-fondé du PMSI et la circulaire du 16 septembre 1991 subordonne l'attribution de crédits à la production des informations médicalisées.

À l'instar d'autres pays étrangers (par exemple l'Allemagne), qui ont initié cette orientation dès la décennie quatre-vingt, des enveloppes globales de dépenses par activités sont progressivement introduites. Les biologistes, en 1991, sont les premiers concernés par ces accords de maîtrise des dépenses dans la mesure où les activités d'analyses biologiques, du fait des avancées médicales et technologiques, deviennent fortement inflationnistes. Pour faire accepter cette logique de rationnement généralisé, le gouvernement soutient la thèse d'une mauvaise utilisation des moyens existants et d'une nécessaire redistribution de ceux-ci.

Entre 1975 et le début des années quatre-vingt-dix, ce n'est pas moins d'une dizaine de plans de redressement

qui se succèdent sans que l'équilibre financier des comptes de l'assurance maladie soit rétabli. Ce constat, largement partagé, de l'échec de la régulation de l'offre de soins, se traduit notamment par plusieurs rapports tels que le rapport Béraud évoquant le « *gaspillage* » concernant l'offre de soins et la non-qualité médicale et économique du système de soins français.

La médicalisation de la régulation

Devant les échecs des différentes politiques budgétaires de maîtrise des dépenses et face à des rapports convergents, les pouvoirs publics s'engagent peu à peu sur la voie d'une maîtrise « médicalisée » des dépenses, en collaboration avec les médecins. Ce principe de maîtrise médicalisée est introduit par la loi « Teulade » de janvier 1993, qui engage la profession médicale à respecter des objectifs prévisionnels de dépenses et des recommandations de pratiques médicales (les références médicales opposables) élaborées par la profession et l'assurance maladie et dont le non-respect peut entraîner des sanctions.

La maîtrise médicalisée reste néanmoins très lente à se mettre en place. Elle se heurte notamment aux réticences très violentes des professionnels de santé et au manque de visibilité de la politique menée.

Le *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, établi par Raymond Soubie, Jean-Louis Portos et Christian Prieur en décembre 1994 à la demande du Premier ministre, propose un certain nombre de recommandations à court terme² : redonner une logique aux instruments de régulation du système, donner la première place aux préoccupations de santé publique, redéfinir le rôle de l'État et adapter l'organisation administrative de ses missions, conforter la maîtrise médicalisée sans la déconnecter de toute préoccupation économique, favoriser les comportements vertueux, mieux gérer l'hospitalisation, consolider la politique économique du médicament, solliciter l'intervention du législateur pour ouvrir la voie de l'expérimentation et développer les systèmes d'information.

Se distinguant des quinze derniers plans de redressement (de 1976 à 1994) qui visaient essentiellement à rétablir l'équilibre financier, le plan Juppé marque un tournant dans le processus de réforme des deux dernières décennies. S'inspirant, entre autres, des recommandations du Livre blanc, il vise une réforme structurelle axée sur le renforcement d'un nouveau mode de régulation du système de santé français. En effet, c'est une approche plus globale et orientée entre autres vers l'analyse de la demande et l'évaluation des besoins qui est envisagée.

La loi constitutionnelle adoptée le 19 février 1996 et les trois ordonnances du 24 avril 1996 sur l'organisation de la Sécurité sociale, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurent une nouvelle architecture

de l'offre de soins en France. Celle-ci s'articule sur un double niveau : national, régional.

Sur la base des travaux de la Conférence nationale de santé, le Parlement fixe, dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Pour la première fois, le Parlement est donc légitime pour voter le budget des dépenses de santé.

Le niveau régional

Consacré comme un véritable niveau structurant de la politique de santé, notamment hospitalière, depuis 1991, l'échelon régional voit son rôle réaffirmé et constitue désormais un cadre de pilotage privilégié de la politique de santé. Les ordonnances de 1996 créent en effet au niveau régional deux nouvelles institutions, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour l'hôpital, et les unions régionales de l'assurance maladie (Urcam) pour les soins de ville. S'il est vrai que l'organisation régionale est très dense entre les divers organismes — ARH, directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass), caisses régionales d'assurance maladie (Cram), Urcam et unions régionales des médecins libéraux (URML) —, le système de gouvernance reste cependant très « verticalisé ».

Les Sros dits de seconde génération (1999-2004) marquent une évolution considérable par rapport aux premiers, axés avant tout sur une rationalisation de l'offre de soins, dans la mesure où ils sont établis en partant réellement des besoins de la population. Leur contenu est donc plus qualitatif.

Les Urcam et les URML ont, théoriquement, un pouvoir important en matière de régulation. Cependant, à la différence des ARH qui, à travers l'allocation des moyens budgétaires, peuvent infléchir l'organisation des soins hospitaliers, ces unions régionales n'ont pas de véritables moyens d'action pour exercer une pleine responsabilité en matière de gestion du risque et agir sur l'offre de soins ambulatoires.

Évaluation et systèmes d'information

Avec la création des ARH, l'engagement d'une politique d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé est la deuxième innovation majeure de la réforme de 1996. Certes, la loi hospitalière de 1991 avait déjà introduit le principe de l'évaluation tous les cinq ans des activités de soins et de leur organisation au sein des établissements par l'Andem, mais c'est la création de l'Anaes en 1996 qui engage réellement une dynamique d'évaluation et d'accréditation des établissements de santé. Les missions de l'Anaes en font un instrument privilégié de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de l'amélioration de la qualité des soins, tant dans les établissements hospitaliers qu'en médecine ambulatoire, parce qu'elles autorisent l'analyse des pratiques par rapport à des référentiels et la comparaison entre établissements comme entre praticiens.

Cette recherche de qualité du système de soins doit

2. J.-M. Budet, F. Blondel (1998).

également passer par le développement des outils d'information et la recherche de leur cohérence. En effet, ce nouveau type de régulation, et donc d'instruments, appelle un nouveau type de système d'information qui doit dépasser la connaissance des moyens mis en œuvre et permettre l'analyse de l'activité médicale (ambulatoire et hospitalière). Il doit se focaliser sur les filières de soins, sur les pratiques médicales, sur les modes de financement, sur de nouvelles expérimentations (télé-médecine, tarification à la pathologie) et la qualité (projet « Compaqh »). Toutes ces analyses ont en commun de nécessiter des données fines. En France, l'orientation se dirige plutôt dans le sens des expérimentations, d'où la généralisation progressive d'études microéconomiques.

Les récentes préoccupations relatives à l'évolution de la démographie médicale ont conduit à s'interroger sur l'avenir des différentes spécialités médicales et paramédicales, sur l'évolution attendue et souhaitable de leurs contenus et leurs complémentarités. C'est pour y répondre que s'est créé en 2003 l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Afin de maîtriser les dépenses de santé, l'existence d'une nomenclature commune descriptive des actes professionnels est considérée comme un préalable incontournable³. Elle est, en effet, indispensable pour la connaissance de l'activité des professionnels de santé, pour le suivi et l'évaluation des pratiques, ainsi que pour la tarification des actes et des services médicaux. Or, la situation française se caractérisait, jusqu'à récemment, par la coexistence de deux nomenclatures (la Nomenclature générale des actes professionnels ou NGAP, et le Catalogue des actes médicaux ou CDAM) presque totalement incompatibles. La nouvelle nomenclature, la Classification commune des actes médicaux (CCAM), dont les travaux ont débuté en 1996, devait être opérationnelle en juillet 2002. Malgré de nombreux avantages, elle reste néanmoins complexe et l'adhésion des professionnels de santé n'est pas du tout acquise. Elle constitue avant tout un outil de tarification et d'allocation des ressources. L'activité médicale reste, par conséquent, insuffisamment mesurée.

Vers une nouvelle configuration de l'offre de soins

Afin de décloisonner le système de santé et d'assurer une meilleure prise en charge du patient, les ordonnances de 1996 officialisent les réseaux et proposent ainsi un certain nombre d'outils indispensables à la gestion en réseau (dossier médical partagé, informatisation, système d'information...). Les réseaux s'inscrivent dans une démarche fondée sur la prise en compte de la pathologie et proposent une coordination des diverses activités de soins. À ce titre, les réseaux, en remettant en cause une large partie de l'organisation

de l'hôpital, participent à la recombinaison de l'offre de soins.

Grâce aux progrès des techniques médicales et/ou chirurgicales réalisés durant ces dernières décennies, de nouvelles formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète se sont développées : hospitalisation partielle, chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile. Elles ont pour but, comme les réseaux, d'améliorer l'organisation des soins, notamment en favorisant la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville.

Cette nouvelle configuration de l'offre de soins répond à la nécessité, qui se fait de plus en plus pressante, de privilégier une logique d'activités à une logique traditionnelle de structures.

Pour être efficace, cette recherche de coordination et de complémentarité entre activités nécessite de développer des systèmes d'information permettant une meilleure connaissance des activités par les professionnels de santé et les patients, mais aussi une meilleure convergence entre rémunérations et prise en charge dans le cadre d'une tarification à la pathologie.

Perspectives


Les dispositions de la réforme de l'assurance maladie votée le 13 août 2004 s'orientent vers une tentative de systématisation des nouvelles approches orientées vers la connaissance des « produits du système de santé » qui ont fait l'objet de nombreuses réflexions et expérimentations à la fin des années quatre-vingt-dix et au début des années deux mille.

Une Haute Autorité de santé a désormais pour mission d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes pris en charge et le service médical rendu. Elle émettra des avis sur les conditions de prescription et élaborera des guides de bon usage des soins. Elle mettra en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques d'accreditation des professionnels et de certification des établissements.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, outre la détermination des tarifs, pourra proposer d'inscrire des actes et prestations à la nomenclature.

Un comité de l'hospitalisation est créé. Il permettra d'associer l'assurance maladie à la définition des orientations hospitalières.

Le dossier médical partagé doit assurer la coordination, la qualité et la continuité des soins. Un Institut des données de santé a pour mission d'assurer la cohérence et la qualité des systèmes d'information.

Ces dispositifs auront à faire face aux « nouveaux » défis qui se présentent : rationalisation de l'évolution de la démographie médicale, vieillissement de la population avec l'émergence de nouveaux types de prise en charge, prise en compte des innovations thérapeutiques. La connaissance des activités, de leur adéquation à l'évolution des besoins, de leurs performances constitue désormais une nécessité. Elle s'impose à la recherche de la cohérence de la politique de santé. 

3. Rapport sur une procédure d'élaboration et d'actualisation permanente d'une classification commune unique et codifiée des actes professionnels de santé, C. Prieur et J.-L. Portos, avril 1997.