

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

RAPPORT

DU

HAUT CONSEIL

POUR L'AVENIR

DE L'ASSURANCE

MALADIE

23 Janvier 2004

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Président

M. Bertrand FRAGONARD, président de chambre à la Cour des comptes

Vice-président

M. Denis PIVETEAU, maître des requêtes au Conseil d'Etat,

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Daniel PRADA, membre de la commission exécutive

CFDT

M. Gaby BONNAND, secrétaire national

M. Yves VEROLLET, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Claude MALLET, secrétaire confédéral, ancien président de la CNAMTS

M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier

CFTC

M. Jean-Louis DEROUSSEN, secrétaire général adjoint

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, déléguée nationale à la protection sociale

MEDEF

M. Guillaume SARKOZY, vice-président

M. Bernard MESURÉ, membre du bureau du conseil exécutif

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

Mme. Dany BOURDEAUX, présidente de la commission sociale

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Claude MAFFIOLI, vice-président

UNSA Fonctionnaires

M. François JOLICLERC, délégué général

Trois députés

M. Jean-Michel DUBERNARD, président de la commission des affaires sociales, UMP, Rhône

M. François GOULARD, UMP, Morbihan

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs

M. Nicolas ABOUT, UC, Yvelines, président de la commission des affaires sociales

M. Adrien GOUTEYRON, vice-président du Sénat, UMP, Haute-Loire

M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Cinq représentants de l'Etat

M. Alain ETCHEGOYEN, commissaire général au plan

M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale

M. Edouard COUTY, directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins

M. Jean-Luc TAVERNIER, directeur de la prévision et de l'analyse économique

M. Pierre-Mathieu DUHAMEL, directeur du budget

Trois représentants des régimes de base d'assurance maladie

M. Jean-Marie SPAETH, président de la CNAMTS
 M. Gérard QUEVILLON, président de la CANAM
 Mme Jeannette GROS, présidente de la MSA

Trois représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire

M. Etienne CANIARD, délégué aux questions de santé et de sécurité sociale, FNMF
 M. Jean-Louis FAURE, délégué général du CTIP
 M. André RENAUDIN, délégué général de la FFSA

Cinq représentants du centre national des professions de santé

Dr. Jacques REIGNAULT président du centre national des professions de santé (CNPS), président de la confédération nationale des syndicats dentaires
 M. Bernard CAPDEVILLE, président de la fédération des syndicats pharmaceutiques de France
 Dr. Michel CHASSANG, président de la confédération des syndicats médicaux français
 Dr. Pierre COSTES, président de MG France, fédération française des médecins généralistes
 M. Jacques ROUSTIT, président de la fédération nationale des orthophonistes

Cinq représentants des établissements de santé

M. Bruno DURIEUX, Fédération Hospitalière de France, ancien ministre de la santé
 M. Georges RIFFARD, directeur général de la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)
 Dr. Max PONSEILLÉ, président de la fédération hospitalière privée (FHP)
 Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers
 Pr. Pierre FUENTES, président de la conférence nationale des CME de CH universitaires

Trois représentants des usagers

M. Hubert BRIN, président de l'union nationale des associations familiales
 M. Christian SAOUT, président de AIDES
 Mme Frédérique POTHIER, secrétaire de l'association Lutte Information, Etude des infections Nosocomiales

Huit personnalités qualifiées

outre le président et le vice-président,
 M. Bernard BRUNHES, président de Bernard Brunhes Consultant
 M. Alain CORDIER, président du directoire de Bayard Presse, ancien directeur général de l'AP-HP
 M. Daniel HAVIS, conseil des entreprises et groupements de l'économie sociale (CEGES)
 M. Daniel LENOIR, directeur de la CNAMTS
 Mme Dominique POLTON, directrice du CREDES
 M. Raymond SOUBIE, président de ALTEDIA

Rapporteurs :

Mme. Annelore COURY, Direction de la Sécurité Sociale, chargée de mission
 M. Eric GINESY, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, chargé de mission
 Mme. Valérie JESKE, Inspecteur des Affaires Sociales
 M. Romain LESUR, Direction de la Prévision et de l'Analyse Economique, chargé de mission
 M. Christian LOISY, DREES, chef du bureau Comptes et prévisions d'ensemble
 M. Julien SAMSON, Direction du budget, adjoint au chef du bureau assurance maladie
 M. Guillaume SARLAT, Inspecteur des finances

Secrétariat général

Pierre-Jean LANCERY

Sommaire

Synthèse	7
L'avenir de l'Assurance maladie : l'urgence d'un redressement par la qualité	7
Section 1 : les grands équilibres	9
Section 2 : l'amélioration du système de soins	16
Section 3 : la « gouvernance » de l'assurance maladie	26
Chapitre 1: principaux paramètres financiers et économiques du système de santé français	31
Section 1 : le secteur de la santé et sa croissance	31
Section 2 : la dispersion des dépenses exposées par les ménages et des prises en charge par les régimes de base	34
Section 3 : le système de prise en charge	37
Sous section 3-1 : le système de prise en charge des dépenses en nature	37
Sous section 3-2 : la prise en charge des arrêts de travail	49
Section 4 : le financement	52
Section 5 : situation financière	59
Chapitre 2 : Qualité du système de soins	65
<i>Première partie : le périmètre des biens et services et la qualité médicale des actes</i>	65
Section 1 : le périmètre des biens et services remboursables	65
Section 2 : les critères et les modalités d'inscription dans le périmètre de l'admission au remboursement	70
Section 3 : la rémunération des biens et services	77
Section 4 : l'état des pratiques et leur « marge d'amélioration »	83
Section 5 : les instruments effectifs de l'amélioration des pratiques	90
<i>Deuxième partie : l'efficacité dans le système de soins</i>	95
Section 1 : problématique d'ensemble : répondre efficacement aux besoins, et répondre efficacement à la demande exprimée	95
Section 2 : l'offre de soins n'est pas installée de manière optimale sur le territoire	99
Section 3 : les marges de progrès dans l'organisation et l'emploi des moyens existants	106
Section 4 : l'utilisateur est acteur de la qualité et de l'efficacité de sa prise en charge	115
Chapitre 3 : la gouvernance	123
Section 1 : les fonctions fondamentales du système d'assurance maladie	124
Section 2 : la fonction de cadrage ; équilibre financier ; conditions de prise en charge et détermination des recettes	128
Section 3 : la fonction d'organisation du système de soins	137
Section 4 : la fonction de gestion du risque	140
Section 5 : la fonction d'allocation de ressources	146
Section 6 : l'articulation entre les champs, soins de ville et hospitalisation	153

Synthèse :

« L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE : L'URGENCE D'UN REDRESSEMENT PAR LA QUALITE »

Réuni, en vertu du décret du 7 octobre 2003, pour « évaluer le système d'assurance maladie » et apprécier, dans un contexte financier dont chacun sait qu'il est difficile, « les conditions requises pour assurer la viabilité des régimes d'assurance maladie », le *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* présente, dans ce rapport, le constat qu'il porte sur l'état du système de soins et de prise en charge des dépenses de santé dans notre pays.

Soixante ans après l'ordonnance du 4 octobre 1945, le constat s'impose : l'assurance maladie constitue un de nos grands succès collectifs. En offrant un très large et égal accès aux soins, elle a joué, outre son rôle proprement sanitaire, une importante fonction de cohésion sociale. C'est aujourd'hui un de nos biens communs les plus précieux.

Or le niveau et la dynamique de ses dépenses (la part non couverte représente aujourd'hui plus d'un mois de consommation par an) la placent désormais en situation de grave difficulté. Jamais il n'a paru aussi indispensable, urgent et ardu d'en préserver l'avenir.

L'enjeu pourtant, dans cette période critique, n'est pas seulement de maintenir. C'est de comprendre qu'il est possible d'aller de l'avant, pour bâtir quelque chose de neuf et d'encore meilleur. Les difficultés qui se dressent devant le système d'assurance maladie – et qui ont, notamment, justifié la création du Haut conseil – représentent de véritables opportunités à saisir.

Deux orientations se dégagent en effet du diagnostic qui figure dans les pages qui suivent :

Il faut, d'abord, s'attacher résolument à améliorer le fonctionnement du système de soins et la coordination de ses acteurs. C'est là un changement important par rapport à la période où furent conçues les assurances sociales : l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls. Pour être efficaces, les politiques d'assurance maladie doivent nécessairement porter aussi, en concertation avec tous ses intervenants, sur l'organisation du système de soins.

Par ailleurs, sans remettre en cause l'universalité de la couverture, nous devons être capables de faire des choix. C'est l'autre changement important pour l'assurance maladie : l'offre de soins est infiniment plus riche et variée qu'autrefois, et la demande de biens médicaux croît sans cesse. Or tout ce qui est proposé n'est pas à mettre sur le même pied, tout n'a pas la même qualité, tout n'a pas la même pertinence pour bien soigner. Le système de financement s'épuiserait à vouloir couvrir sans aucun tri tout ce que les industries et professions de santé peuvent offrir. Plus grave encore, il épuiserait les possibilités de redistribution de la richesse collective sur beaucoup d'autres besoins sociaux essentiels. Ainsi que le souligne un rapport récent¹, l'existence d'un financement socialisé appelle un discernement et une optimisation dans l'emploi des fonds qui relèvent, en dernière analyse, d'une exigence éthique.

Or ces contraintes sont, en même temps, une chance pour la réforme qu'il faut conduire.

Structurer davantage le fonctionnement du système de soins, éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse, entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et d'accréditation, c'est tout simplement mieux soigner. Consolider les régimes d'assurance maladie, il

¹ « Ethique et professions de santé », rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, avril 2003 – groupe présidé par M. Alain CORDIER.

faut l'affirmer avec force, ce n'est pas simplement perpétuer le système en jouant sur les niveaux de prélèvement et de remboursement, mais offrir beaucoup mieux en termes d'étendue, de technicité et de professionnalisme des soins, en rappelant que le malade est le cœur du système de santé.

La hiérarchisation des priorités de financement va dans le même sens : c'est une exigence de justice, qui inscrit le redressement de l'assurance maladie dans un projet de société. Payer aveuglément n'importe quel traitement n'assure pas les meilleurs soins pour tous : cela aboutit plutôt, en pratique, à ce que l'excellence ne profite qu'à quelques uns. Pour être effectivement solidaire, l'assurance maladie doit notamment savoir faire des choix de qualité et d'efficacité, aussi bien dans ce qu'elle rembourse que dans le niveau auquel elle prend en charge.

En définitive, ce qui est en jeu aujourd'hui n'est rien d'autre que de trouver un chemin de « développement durable » pour notre système de solidarité. Le développement durable n'est pas, on le sait, le refus de la croissance – en l'espèce, de la croissance des dépenses de santé – mais le refus d'une croissance dépourvue de sens, qui dilapide ses ressources et se détruit elle-même.

L'impérieuse remise en ordre des comptes doit servir d'élan. Le système peut être, demain, à la fois financièrement assaini et de meilleure qualité sanitaire, dès lors qu'il aurait trouvé un financement équitable et viable sur le long terme, qu'il aurait les outils de discernement du service rendu et s'en servirait effectivement, et enfin – élément trop souvent sous-estimé – qu'il s'appuierait sur des institutions et, en leur sein, sur des responsables en mesure de rendre des comptes sur des missions claires, répondant aux priorités collectives.

Les usagers du système de santé, qui ont trop souvent subi des réformes insuffisamment expliquées, et qui sont aujourd'hui alertés et peut-être inquiets, doivent pouvoir se mobiliser positivement autour d'un tel projet. C'est à eux aussi – et peut-être prioritairement – que ce rapport s'adresse. Car tous : institutions, professionnels de santé, et assurés sociaux, nous serons appelés à faire évoluer nos comportements.

*

Les éléments de synthèse qui suivent, répartis en trois sections qui recourent à peu près les trois chapitres du rapport, ne constituent pas un résumé de celui-ci. Ce sont seulement certains points de son rapport que le Haut Conseil entend mettre plus particulièrement en exergue : ils ne peuvent être lus et compris qu'en liaison étroite avec l'intégralité du texte du rapport.

SECTION I : LES GRANDS EQUILIBRES

1) Sur les dernières décennies, l'assurance maladie a puissamment contribué au développement du système de santé et à l'égalité des chances dans l'accès aux soins

La généralisation de l'assurance maladie à toute la population et la diffusion des couvertures complémentaires permettent à pratiquement tous les assurés, quel que soit leur état de santé, leur âge ou leur revenu, d'avoir un accès aisé aux soins, avec un bon niveau de prise en charge.

Même si l'on peut porter un jugement critique sur le rapport qualité/coût de notre système de soins – on y reviendra ultérieurement -, il n'est pas niable que le haut degré de socialisation de la dépense a accompagné la croissance d'un secteur de soins puissant – il occupe 12% de la population au travail – et de bonne qualité technique. L'état de santé des Français s'est amélioré. En témoigne la forte augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, nonobstant le fait que demeurent encore de préoccupantes inégalités de santé entre catégories socioprofessionnelles ou entre régions, d'une part, des taux élevés de mortalité évitable, d'autre part.

Cette amélioration trouve sans doute, pour partie, son origine dans des déterminants de l'état de santé indépendants de l'offre de soins. Mais un tel résultat n'aurait jamais été atteint sans que l'offre soit adossée à une prise en charge publique élevée et bien adaptée à la forte concentration des dépenses de santé.

Le Haut Conseil porte ainsi au crédit de notre système les éléments suivants :

- les régimes obligatoires remboursent 76% des dépenses globales de santé, ce qui signifie qu'ils atteignent, si l'on prend pour référence les biens et services qui font partie des soins « reconnus » par l'Assurance Maladie (le périmètre des soins dits « remboursables » qui représentent 2000 € par personne et par an), un taux de prise en charge de 81%.
- ce niveau de prise en charge résulte de la combinaison de taux de remboursement (qui s'étagent, pour la plupart des biens et services, entre 65 et 80%) et d'un très puissant système d'exonérations qui aboutit à un remboursement quasi-complet dès que les dépenses sont élevées. Ce système d'exonérations présente trois caractéristiques :
 - ° il bénéficie à tous : notre système a en effet fait le choix de ne pas retenir de condition de revenu qui le limiterait aux ménages de petites ressources et de ne pas introduire de modulation du taux de prise en charge avec le revenu.
 - ° dès que les actes techniques, notamment à l'hôpital, dépassent 98,5€ (K50), ils donnent droit à exonération pour tous les soins qui s'y rattachent directement. Le ticket modérateur pour ces actes techniques est donc nul ou plafonné à 19,7 euros.
 - ° les assurés les plus malades sont pris en charge à 100% pour leurs pathologies (même si, en cas d'hospitalisation, le forfait journalier hospitalier peut constituer une charge parfois importante).
- le cumul des taux standard de prise en charge et des différents motifs d'exonération explique, par exemple, le très haut niveau moyen de prise en charge des soins d'hospitalisation, qui atteint 97%.
- plus généralement, c'est cette combinaison qui est au cœur de l'égalité dans l'accès aux soins. En effet, si la plupart des ménages peuvent assumer le ticket modérateur pour leurs dépenses « courantes » de soins, qui sont de montant très souvent modeste (moins de 40€ par an pour 15% d'entre eux et moins de 200€ pour 30%), le poids des fortes dépenses

qu'ils doivent engager à certains moments de leur vie est tel qu'une large exonération du ticket modérateur s'impose si on veut ne pas trop solliciter leur budget ou évincer les plus modestes qui, faute de moyens, renonceraient à des soins de qualité.

Deux chiffres permettent de prendre la mesure de ce constat incontournable : chaque année, 5% des personnes couvertes par l'assurance maladie mobilisent 60% des remboursements ; en moyenne, ces remboursements s'élèvent en 2000 à près de 20 000€ par personne, soit près de trente fois plus que les autres personnes protégées.

Le Haut Conseil considère que cette armature de l'importante prise en charge des dépenses par les régimes de base doit être sauvegardée. On peut en discuter les paramètres mais pas la logique.

2) Ce système favorable de prise en charge est confronté aujourd'hui à la très forte croissance des dépenses de soins

Sur les quarante dernières années les dépenses de soins ont augmenté en moyenne à un rythme annuel supérieur de deux points à la croissance de la richesse nationale, passant de 3,5% du produit intérieur brut en 1960 à 8,9% en 2002.

L'on retrouve cette tendance dans l'ensemble des pays développés qui, au demeurant, mettent en œuvre, comme nous mais avec des modalités diverses, des systèmes de mutualisation du risque. Mais la France se situe parmi les pays qui consacrent le plus de leur richesse aux dépenses de soins.

La part des dépenses remboursées par l'assurance maladie a connu une évolution à peu près identique, et même un peu plus forte puisque – nonobstant plusieurs augmentations du ticket modérateur, et par l'effet notamment des mécanismes d'exonération rappelés plus haut – le taux moyen de remboursement s'est, contrairement à ce qu'on imagine souvent, très légèrement amélioré grâce à son redressement dans les dernières années de la période.

Le pays a financé cette évolution par une vive augmentation des recettes dont l'essentiel est prélevé sur les revenus d'activité. Ce prélèvement a été accepté sans trop de difficulté, surtout en début de période où le pouvoir d'achat des ménages progressait nettement.

Mais avec les années, la levée des recettes a posé des problèmes politiques et économiques de plus en plus aigus ; ce qui explique les relèvements de ticket modérateur, et le sentiment paradoxal que l'assurance maladie rembourse de moins en moins bien.

Parallèlement, le système de soins a fait l'objet de critiques de plus en plus sévères : la qualité n'est pas à la hauteur des investissements ; l'offre, parfois excessive, éclatée et mal coordonnée, est financée par un système trop passif de prise en charge. Les professionnels de santé, comme les usagers, expriment de manière croissante leur insatisfaction, malgré l'augmentation décrite des dépenses.

Les pouvoirs publics – ainsi que les partenaires sociaux et les organisations de professionnels de la santé – ont essayé de maîtriser la dépense. Les résultats n'ont guère été au rendez vous. Les usagers, pourtant acquis au système, s'impatientent de ces échecs. Ils en supportent les conséquences directes (augmentation de la CSG et du ticket modérateur) et les attribuent, de façon souvent excessive, en l'absence de réelle information, à des abus, des gaspillages et une mauvaise organisation.

Cette évolution – il ne faut pas le perdre de vue – est commune à l'ensemble des pays développés, et provoque chez chacun d'eux de fortes tensions sur les finances publiques. Tous ont donc entrepris, avec des fortunes inégales, de la contenir en s'efforçant, pour la plupart, de ne pas affecter la logique de solidarité qui sous-tend les divers systèmes d'assurance maladie.

3) Les perspectives de croissance des dépenses : un défi majeur

La situation financière de l'assurance maladie est déjà critique : 11Md€ de déficit prévu en 2004 ; une tendance – certes récente mais inquiétante – à l'endettement.

Cette situation résulte évidemment pour partie d'éléments conjoncturels, liés au fléchissement de la croissance économique. Mais si les appréciations peuvent diverger sur l'ampleur exacte de cette dimension conjoncturelle, toutes les expertises se rejoignent pour admettre la présence d'effets structurels, que beaucoup considèrent comme très largement dominants.

D'ailleurs, la demande sociale, qui se traduit par l'expression d'un besoin élevé de garanties dans la dispensation des soins, les exigences des professionnels en termes de conditions de travail et de revenus, auxquelles s'ajoutent sur longue période les effets du vieillissement de la population et l'évolution des techniques médicales amènent à penser que, malgré les améliorations concomitantes de la productivité, les dépenses de santé continueront à croître, peut être à un rythme un peu inférieur à celui des dernières décennies, mais très vraisemblablement significatif (la plupart des projections retiennent des taux de croissance spontanés supérieurs de 1 à 2 points à l'évolution du PIB). Cette tendance peut néanmoins être infléchie par une meilleure organisation du système de soins.

Les projections financières – c'est à dire les prévisions « toutes choses inchangées », qui supposent que l'organisation de l'offre de soins n'est pas réformée, que les recettes évoluent spontanément comme la richesse nationale, et que le système de remboursement reste stable – sont claires pour les années à venir : avec l'hypothèse d'une croissance des dépenses supérieure de 1,5 point à l'évolution du PIB, le déficit annuel (en euros constants 2002) passerait à 29Md€ en 2010 et à 66Md€ en 2020 (hors charges de la dette).

Un tel niveau de déficit ne peut être raisonnablement envisagé.

Face au défi qu'il représente, deux orientations doivent être absolument écartées :

En premier lieu, et au-delà d'ajustements conjoncturels, il ne serait pas admissible de recourir de façon systématique à l'endettement, inacceptable sur le plan moral dans la mesure où les générations de nos enfants n'ont pas à payer nos dépenses courantes, et destructeur sur le plan financier : par un effet de boule de neige, l'endettement se nourrit par lui-même, les charges financières venant grever de façon écrasante le déficit courant ; elles représenteraient alors 20% du déficit de l'année 2020.

Le Haut Conseil est ainsi unanime dans son refus de recourir à un endettement massif pour couvrir la croissance des dépenses de l'assurance maladie.

En second lieu, il faut prendre garde de ce que, devant la difficulté de lever de fortes recettes ou celle d'augmenter massivement le ticket modérateur, il s'installe une forme de rationnement insidieux des soins, l'assurance maladie renonçant alors à assumer le progrès des sciences et des techniques médicales. Restreindre subrepticement le périmètre des soins remboursables ne permet de maintenir – ou de ne pas trop dégrader – le taux de remboursement qu'en apparence, puisque c'est sur une base qui se réduit, et se fait au détriment de la qualité des soins.

Les contraintes sont, dès lors, tout à fait considérables :

Car s'en remettre à la seule augmentation des recettes aboutirait à doubler la CSG ; son taux passerait de 5,25 à 10,75 points à l'horizon 2020, soit un prélèvement supplémentaire de 66Md€. Une telle pression sur les prélèvements obligatoires conduirait d'ailleurs à un effet d'éviction massif au détriment des autres besoins collectifs. Alors que le taux de prise en charge publique des soins est le

plus élevé parmi toutes les fonctions du budget social, vouloir le maintenir intangible en augmentant les cotisations assècherait toutes les marges envisageables pour les autres politiques publiques.

D'un autre côté, s'en remettre exclusivement à une baisse des remboursements conduirait à remettre en cause les principes de solidarité et d'égalité qui sous tendent l'assurance maladie. Pour couvrir le déficit à l'horizon 2020 sans recettes nouvelles, il faudrait en effet diminuer de 21 points le taux de prise en charge dans les régimes de base où il passerait de 76 à 55% de la dépense de santé. Une dégradation de ce type impliquerait notamment qu'on touche durement aux régimes d'exonération des assurés qui supportent les plus grosses dépenses.

Le Haut Conseil estime, en conséquence, que si l'action simultanée sur plusieurs leviers doit évidemment être envisagée, il faut, au tout premier ordre, faire porter des efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins, seuls à même – ainsi qu'on l'expose plus loin – de desserrer l'étau financier et d'apporter des solutions durables à l'équilibre du système.

L'opinion, au demeurant, n'acceptera pas des efforts financiers supplémentaires si, parallèlement, elle demeure persuadée que le système de soins, dont elle critique les abus et le gaspillage, n'est pas réexaminé en profondeur. Elle craindra que ces efforts ne soient pas équitablement répartis, ou ne se dissipent dans les dysfonctionnements non corrigés du système.

4) Ainsi, face à de telles contraintes, la conservation d'un système d'assurance maladie solidaire et économe en prélèvements passe par la conjugaison de trois actions

Il va de soi que ces actions doivent être accompagnées des mesures indispensables sur les déterminants de santé qui ne relèvent pas des soins.

a) au premier chef, il faut améliorer le fonctionnement du système de soins et du système de protection sociale

D'abord – cela va de soi – pour assurer les meilleures conditions de qualité et de sécurité pour les malades.

Ensuite pour garantir l'efficacité des recettes de l'assurance maladie, et ne pas peser de façon abusive sur les coûts de production ou les pouvoirs d'achat des ménages.

Il faut donc entreprendre dès à présent une action méthodique et résolue pour réorganiser le système de soins autour d'un meilleur rapport qualité/prix, et une meilleure réponse aux besoins de la population. Les solutions et les marges existent au jugement de la plupart des partenaires sociaux et médicaux qui jugent avec une grande sévérité les dérives d'un système mal régulé et mal gouverné. Ils diffèrent certes sur l'ampleur de la désoptimisation du système, les raisons de ces dérives et les méthodes adéquates pour les cantonner dans un premier temps, les résorber ensuite. Mais l'objectif semble unanimement partagé.

Le Haut Conseil considère que, nonobstant la difficulté d'en chiffrer l'exact montant a priori, les gisements de qualité et de productivité dans l'organisation des soins représentent des marges qui permettraient de desserrer très substantiellement la contrainte financière à laquelle il faut faire face, à court et moyen terme.

Le Haut Conseil a consacré à ce sujet une part importante de ses travaux. Les éléments essentiels en sont repris dans la deuxième section de cette synthèse. On doit remarquer à ce stade que

ces éléments de diagnostic portent, par construction, sur l'ensemble du système de santé. Ce qui signifie qu'il convient d'agir, par priorité, sur l'optimisation en volume et en qualité de la dépense globale de biens et services médicaux. C'est cette optimisation de l'ensemble de la dépense qui constitue ainsi le cadre nécessaire et premier de toute politique de maîtrise des seules dépenses remboursées.

Dans cette perspective, la définition de visions communes aux différents financeurs (assurance maladie obligatoire et assureurs complémentaires), voire l'élaboration de stratégies concertées, peut se révéler un précieux atout. Aujourd'hui, l'intervention non coordonnée des régimes de base et des régimes complémentaires est source d'affaiblissement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

On doit, il est vrai, dans le même mouvement, dissiper aussi l'illusion qu'une telle orientation, fondamentale, pourrait suffire à couvrir les impératifs financiers de court terme.

Certes, des actions d'optimisation de la dépense et de meilleure organisation des soins peuvent, si elles sont introduites avec détermination, avoir sur les comportements des effets immédiats. Mais les vraies réformes de structure se conduisent dans la durée, et portent leurs vrais fruits dans la durée. La convergence ultime des dépenses – au taux actuel de prise en charge - et des recettes – à assiette et taux constants – ne saurait intervenir au mieux qu'après quelques années. Un scénario de ce type est analysé dans le dernier rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Si l'équilibre financier de l'assurance maladie était atteint, par un cheminement régulier, en 2010 la dette accumulée serait toutefois de 80Md€. Il conviendra donc de trouver, en tout état de cause, une réponse pour traiter ce solde.

Par ailleurs, on a indiqué plus haut que les gains latents d'efficacité sont d'un ordre de grandeur qui devrait permettre, s'ils sont mobilisés de manière adéquate, de couvrir pendant quelques années au moins l'écart de croissance tendanciel entre le PIB et les dépenses de santé. Il n'est donc pas possible de se prononcer *a priori* sur les contraintes de financement de long terme, tant que le système n'a pas été optimisé dans son fonctionnement. Toutefois, le Haut Conseil estime qu'on ne peut, aujourd'hui, formellement exclure que, même après qu'auront été engagées et conduites l'ensemble des réformes qu'il appelle de ses vœux, les dépenses de santé ne maintiennent, dans la longue durée, une tendance de croissance un peu plus rapide que celle de la richesse nationale.

Ainsi, à court comme à moyen et long terme, il faut donc, en plus d'une action continue visant à faire évoluer en profondeur les comportements, être également en mesure de jouer sur les autres paramètres du compte de l'assurance maladie.

b) L'ajustement des conditions de prise en charge

Les principes de solidarité de notre système de prise en charge - et notamment l'absence de modulation de prise en charge en fonction du revenu - sont sains et doivent être maintenus. Ils permettent un libre accès à des soins de qualité pour tous. Le Haut Conseil réaffirme son attachement à ces principes. Il estime toutefois qu'on peut faire évoluer certains paramètres de la prise en charge sans remettre en cause ces principes.

D'un côté, le reste à charge pour la plupart des Français – c'est-à-dire la part des dépenses de soins qui reste à leur charge, avant couverture complémentaire, et compte non tenu des prélèvements sociaux et fiscaux et des primes d'assurance préalablement payées – est très modeste ; il est ainsi en moyenne de 185€ par personne, dépassement inclus, pour 80% d'entre eux. Le taux d'effort de ces

ménages est lui aussi modéré : moins de 3%. Ce taux est très inférieur à celui qu'ils connaissent pour d'autres besoins sociaux.

Au surplus, la diffusion des couvertures complémentaires rend le taux d'effort final très bas (de l'ordre de 1% du revenu en moyenne pour ces ménages). Il faut noter que cette diffusion est largement adossée, pour les salariés du secteur privé, et très particulièrement pour ceux couverts par des contrats obligatoires de prévoyance collective, à un statut social et fiscal des cotisations très favorable.

Plus généralement, « l'aisance » dans l'accès aux soins – fréquence des procédures de tiers payant, prise en charge quasi complète – présente, notamment pour les ménages modestes, des avantages incontestables. Mais elle ne dresse aucun obstacle devant tous les comportements négligents, voire laxistes, de consommation et de prescription.

D'un autre côté, certains assurés supportent, toujours avant assurance complémentaire, un reste à charge élevé. Il est en moyenne de 900€ par an pour 20% des ménages. C'est le cas lorsque les assurés supportent des tickets modérateurs importants (parce qu'ils ont eu un recours fréquent et coûteux aux soins de ville ou parce qu'ils acquittent 20% du coût d'une hospitalisation sans acte technique ouvrant droit à l'exonération au titre du K50). C'est le cas aussi d'assurés qui, par choix ou contrainte, supportent des dépassements élevés. Sans doute pour la plupart d'entre eux le ticket modérateur, et pour un nombre significatif, les dépassements, sont ils pris en charge par leur couverture complémentaire ; mais pour les plus modestes, en gros les ménages du deuxième décile qui ne sont pas protégés par la CMUC, la charge est lourde et peut les amener à renoncer à des soins utiles.

En conséquence, tout ajustement des taux de remboursement qui 1°) n'épargnerait pas les ménages qui exposent les dépenses les plus élevées et 2°) ne serait pas accompagné de mesures correctrices destinées – notamment - à ceux qui ont les revenus les plus modestes (adaptation de la CMUC, aide à l'acquisition de la couverture complémentaire, plafonnement du ticket modérateur, etc.), méconnaîtrait les principes mêmes de la solidarité nationale.

Ces évolutions supposeraient, par ailleurs, une plus étroite coordination des différents financeurs du risque maladie : assurances sociales obligatoires, et assurances complémentaires.

c) L'action sur les recettes

Le système des recettes des régimes de base est fondé sur trois éléments majeurs :

- l'essentiel provient des cotisations et CSG sur les revenus d'activité. Ainsi, dans le régime général, ces recettes, totalement dé plafonnées, aboutissent à un prélèvement de 18,8% sur le salaire brut (cotisation patronale maladie au taux de 12,8% ; CSG affectée au financement de l'assurance maladie au taux de 5,25% ; cotisation sociale maladie au taux de 0,75%). De nombreux emplois à bas revenus bénéficient d'exonérations significatives des cotisations patronales (près de 20 Md€ en 2003), avec – en vertu de la loi du 25 juillet 1994 -une compensation par l'Etat, au demeurant jugée insuffisante par certains.
- les revenus de remplacement bénéficient de régimes favorables : le taux de prélèvement varie de 0% à 6,7% .

- la diversification des recettes n'a encore qu'un rendement limité : les autres recettes, notamment la soumission d'une partie des revenus du capital à la CSG et l'affectation indirecte via le budget de l'Etat, à l'assurance maladie d'accises sur le tabac, les vins et alcools représentent environ 8% des recettes. Ce processus manque de clarté alors que l'opinion adhérerait davantage à la taxation de ces biens si elle avait une plus claire vision de leur affectation finale.

Ce système appelle deux commentaires fondamentaux.

En premier lieu, le Haut Conseil considère comme positives, au regard de l'objectif de solidarité nationale, certains des choix qui caractérisent le système de recettes de l'assurance maladie : les cotisations ne tiennent pas compte de l'état de santé des assurés ; elles sont indépendantes du nombre des personnes du foyer, ce qui constitue une aide puissante aux familles nombreuses ; leur déplafonnement fait appel à la solidarité entre ménages de revenus différents. Comme les dépenses varient, elles, fortement avec l'état de santé et l'âge et peu avec le revenu, on peut constater que l'assurance maladie vise, par ses règles, à mettre en œuvre un puissant mécanisme de transfert des biens portants vers les malades (et notamment vers les malades les plus lourds), des jeunes vers les plus âgés, des familles « courtes » vers les familles nombreuses, et des ménages aisés vers les assurés plus modestes.

En second lieu, et nonobstant certaines fluctuations, l'assiette salariale évolue en longue période comme la richesse nationale. Elle constitue à ce titre une « bonne » assiette, robuste et bien rodée.

Mais ce système de recettes ne saurait suffire si la dépense s'accroît plus vite que le PIB. Ce fut le cas dans le passé où, faute d'avoir réussi à faire suffisamment porter l'effort sur des réformes de structures, c'est l'augmentation des taux – et, à la marge, les transferts des excédents des autres branches de la sécurité sociale via la trésorerie commune puis, plus récemment l'endettement – qui ont couvert l'impasse financière.

La CSG, par son assiette large et le principe de proportionnalité qui la sous-tend, est, jusqu'à présent, apparue comme une réponse.

Le mandat actuel du Haut Conseil n'est pas de délibérer directement sur d'éventuelles réformes d'ensemble du système des recettes de l'assurance maladie. Mais il estime que, en lien avec des études sur ces réformes, des réflexions pourraient utilement être menées sur le système de recettes en prenant notamment en considération les principes d'universalité de l'assiette, de parité des efforts contributifs et des droits entre les régimes et leurs ressortissants. Ces réflexions pourraient aller jusqu'à l'étude d'une modification de l'assiette des prélèvements.

Il insiste par ailleurs sur la nécessaire transparence des rapports financiers entre l'Etat et l'Assurance Maladie. Les flux croisés, les multiples fonds, la variabilité des règles d'affectation d'une année sur l'autre, constituent un enchevêtrement inaccessible aux non-spécialistes. Malgré les progrès réalisés (annexes informatives au PLFSS, plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, suppression du FOREC, ...) aucun examen sérieux des lois de financement de la sécurité sociale, et *a fortiori* aucun regard critique sur l'affectation des charges qui pèsent sur l'un et l'autre budget, ne seront possibles tant que durera cette opacité. Outre la nécessaire simplification et stabilisation des règles, il faut disposer d'un document de présentation budgétaire qui récapitule avec clarté l'ensemble des ressources de l'assurance maladie.

La lisibilité des flux financiers ne constitue d'ailleurs pas une fin en soi, mais l'unique voie pour parvenir à une clarification des missions et des moyens de chacun sur la base de périmètres cohérents et étanches entre le budget général et l'assurance maladie, cette clarification demeurant un incontournable préalable à la résorption des déficits sociaux et à la réforme de l'Etat.

SECTION II : L'AMELIORATION DU SYSTEME DE SOINS

Des trois actions qui viennent d'être décrites, il en est une qui, parce qu'elle est prioritaire, appelle de la part du Haut Conseil des constats et des commentaires plus poussés : l'amélioration du fonctionnement du système de soins.

1) Il n'y a pas de gestion suffisamment active et critique du périmètre des biens et services qui sont pris en charge par l'assurance maladie

La très grande diversité des actes, biens et produits médicaux, et leur rapide renouvellement sous l'effet du progrès technique, obligent à être capable de faire des choix. Or aujourd'hui, ces choix sont trop rares et, lorsqu'ils ont lieu, ils sont souvent implicites, peu transparents et incompris.

Si l'on met à part le critère de *sécurité*, qui doit être vérifié indépendamment de toute problématique de remboursement, l'assurance maladie ne doit, en premier lieu, assurer que le remboursement de biens et services qui ont fait la preuve de leur *efficacité*. Celle-ci, qui s'apprécie selon des critères objectifs élaborés et reconnus par la communauté scientifique, devrait constituer une condition minimale pour toute prise en charge d'acte ou de produit. Or c'est loin d'être le cas, malgré l'instauration de certaines procédures, notamment dans le domaine du médicament : l'assurance maladie rembourse encore des soins ou des produits qui n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité médicale. Des progrès restent donc à faire, d'une part pour généraliser le critère et assurer l'indépendance des organismes chargés de l'appliquer, et d'autre part, pour rapprocher la mesure de l'efficacité des réalités cliniques concrètes. L'efficacité, comme la sécurité, est souvent fonction du contexte médical dans lequel l'acte est effectué ou le produit administré (situation médicale du patient, formation spécifique et entraînement du praticien, sécurité de l'environnement de travail, etc ...).

Parmi les différents cribles à appliquer avant de prendre en charge un acte ou un produit, le Haut Conseil veut insister également sur l'arbitrage *d'efficience*. L'efficience fait intervenir le coût de l'acte ou du produit ; c'est une forme d'appréciation médico-économique de son utilité par rapport à son coût, qui consiste à mesurer si l'efficacité ou l'utilité médicale de l'acte ou du produit justifient les dépenses supplémentaires qu'il entraîne. Par exemple, il peut être justifié de promouvoir un produit nouveau qui n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu, mais qui réduit le coût du traitement. De même, ce n'est pas parce qu'il existe sur le marché un test de d'analyse biologique ou un examen extrêmement coûteux permettant de diminuer de manière infime la survenance d'un risque qu'il faut forcément le prendre en charge. Car cela risque de se faire au détriment d'autres besoins : les ressources financières ne sont jamais illimitées ; il faut être capable, en termes scientifiques, techniques et politiques, de poser les questions de hiérarchie des priorités et d'effectuer les arbitrages.

Certains membres du Haut Conseil, craignant une sélection des risques ou des patients, ont, il est vrai, tenu à récuser toute utilisation du critère d'efficience qui se ferait au service d'une logique d'enveloppe définie 'a priori', le rapport utilité / coût ne servant alors à définir ce qui peut rentrer dans un volume de dépenses fixé à l'avance

Cette mise en garde ne remet toutefois pas en cause l'importance et la légitimité du critère lui-même. Le Haut Conseil souligne, à cet égard, que la recherche de l'optimum dans l'emploi des

ressources de l'assurance maladie constitue, en tout état de cause, une condition préalable à toute perspective d'accroissement des moyens.

Le Haut Conseil insiste, en parallèle, sur l'importance qu'il y a à bien distinguer différentes natures dans les critères du remboursement. L'efficacité d'un produit est au nombre des critères objectifs ; l'efficience fait en revanche intervenir un choix collectif. L'articulation de ces deux approches est nécessaire ; elle doit être effectuée de manière explicite, en indiquant toujours au nom de quoi tel acte ou tel produit est admis, ou n'est pas ou n'est plus admis au remboursement.

Enfin, le Haut Conseil souligne que la capacité pour l'assurance maladie de choisir vraiment le périmètre des actes et produits qu'elle rembourse se juge non seulement au niveau de « l'inscription », c'est à dire de l'entrée de ces actes et produits dans le périmètre de prise en charge, mais aussi, et peut être surtout, dans sa capacité à maintenir en permanence un regard critique et sélectif sur des biens et services déjà inscrits. Or il n'existe, aujourd'hui, aucune obligation de réexamen périodique et régulier du périmètre de remboursement, en dehors des médicaments et de certains dispositifs médicaux. Si l'on veut pouvoir étendre le domaine remboursable à de nouveaux produits ou de nouvelles techniques, on doit aussi pouvoir en faire sortir, sur des bases scientifiques transparentes, les produits ou les services considérés moins prioritaires, ou simplement devenus moins utiles du fait de l'introduction d'une nouveauté.

Cette gestion « active » du périmètre remboursable suppose toutefois une coordination le plus en amont possible avec les décisions des organismes de couverture complémentaire. Sans vouloir réglementer le marché de l'assurance, il faut disposer d'outils permettant d'inciter les acteurs complémentaires à accompagner ces mesures qui, sinon, seraient vidées d'une partie de leur contenu.

2) Le système de soins et de remboursement n'est pas suffisamment orienté vers la qualité « face au malade » ; le système de remboursement pourrait jouer un rôle d'incitation

Ce qui justifie la dépense de soins, et donc le bien fondé de son remboursement, ce n'est pas le fait que l'acte soignant ou le produit de santé se trouve référencé dans un « panier » statique de biens et services remboursables, mais le fait que cet acte sera effectué – que ce produit sera administré - de manière pertinente, dans un contexte de soins précis.

Le Haut Conseil estime que l'organisation du système de soins et les mécanismes de prise en charge par l'assurance maladie ne sont pas suffisamment orientés vers cette recherche de pertinence médicale « en situation », face au malade. La gestion du risque maladie n'est pas encore suffisamment « médicalisée ».

La collectivité est pourtant en droit d'attendre de son système de soins un très haut degré de qualité, c'est à dire une pratique toujours conforme à l'état des connaissances scientifiques et techniques, et exécutée dans des conditions optimales de sécurité. Cette exigence, qui s'impose déjà pour n'importe quelle prestation de services, est particulièrement aiguë en matière de santé : quand il s'agit de soigner, la non-qualité est tout simplement inadmissible.

Le Haut Conseil estime que cette recherche de qualité doit être un moteur. Ce qui est en cause, ici, c'est d'abord le fonctionnement et l'organisation d'un système : c'est avant tout par des progrès dans l'organisation du système de soins que l'on permettra à tous ses acteurs (quel que soit leur lieu d'exercice) d'assurer pleinement cette exigence de qualité. Ceux et celles qui choisissent d'exercer une profession sanitaire ne le font pas par hasard. Il faut les consulter, et s'appuyer sur les compétences, le vécu, l'expérience des professionnels de santé pour décider avec eux les instruments, les règles et les

contrôles qu'il faut mettre en place pour leur permettre d'exprimer le souci d'excellence et de qualité qui anime l'immense majorité d'entre eux.

Ainsi, le Haut Conseil constate par exemple que l'élaboration, la diffusion, et donc l'application effective de référentiels de pratique médicale (qu'il s'agisse de recommandations de pratique clinique ou de référentiels de prescription ou d'analyse) souffre aujourd'hui de graves carences, comme le prouvent régulièrement des enquêtes ou des sondages réalisés sur les pratiques de soins. De même, les professionnels soignants n'ont pas aujourd'hui les outils d'un examen systématique de la qualité de leur exercice, tant à l'hôpital que dans les soins dits « de ville ». Le Haut Conseil estime qu'il n'est pas possible, en cette matière, de se contenter de lents progrès ; il faut engager beaucoup plus vite et plus résolument le système de soins (dans toutes ses composantes, hospitalière et ambulatoire) dans une démarche d'évaluation périodique des pratiques professionnelles, systématiquement articulée à une offre de formation professionnelle plus substantielle et plus indépendante, et appuyée par des procédures d'accréditation.

Même si l'amélioration de la qualité des soins n'est pas toujours source d'économie – elle peut, dans certains cas, appeler au contraire à des dépenses supplémentaires – il est important de souligner que les considérations de qualité n'éloignent pas, en général, de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé. La chasse à la non-qualité est aussi une forme efficace de lutte contre les dépenses injustifiées : que l'on pense par exemple aux opérations inutiles, aux séquelles invalidantes de celles qui ont été mal exécutées, aux maladies non dépistées, aux infections nosocomiales, etc...

A cet égard, un exemple particulier doit retenir l'attention : le problème massif, ancien et typiquement français de la surconsommation de médicaments. Rien ne justifie en effet que l'assuré français se voie prescrire entre deux et quatre fois plus d'analgésiques, d'antidépresseurs et de tranquillisants que les usagers des pays voisins. La dépense totale est considérable (plus de 16 milliards d'euros par an, 260 000 euros prescrits en moyenne par chaque médecin généraliste), et les dangers aussi : les risques d'interaction médicamenteuse toxique sont très sérieux au-delà de trois médicaments pris simultanément, or un très grand nombre d'ordonnances dépassent ce chiffre. Il y a d'ailleurs, en France, quelque 350 hospitalisations par jour, en moyenne, à cause de ce type d'accidents dits « iatrogènes ». Le Haut Conseil estime qu'il faut engager, sur ce sujet, des actions extrêmement décidées. Elles supposent une participation active de tous les acteurs de la « chaîne du médicament » : Etat, laboratoires pharmaceutiques, prescripteurs, pharmaciens, caisses d'assurance maladie, organismes complémentaires ... et assurés sociaux eux-mêmes.

En outre, les traitements substitutifs aux médicaments, ainsi que la prévention, l'éducation et le suivi adapté de la posologie doivent être développés en parallèle, avec les moyens nécessaires.

C'est également en recherchant systématiquement la qualité du soin qu'il sera possible d'aborder de manière équilibrée certains débats très importants autour de la sécurité des soins.

Ainsi, il est souhaitable d'aller vers une approche raisonnable du « principe de précaution ». Les usagers du système de soins peuvent comprendre et admettre que la sécurité totale est impossible à atteindre, et qu'il existe toujours un certain niveau de risque dans l'emploi d'un produit ou d'une technique soignante. Mais ce propos est impossible à tenir si l'on n'est pas assuré au préalable que tous les risques connus et évitables étaient effectivement évités. On ne peut lutter contre certains excès du « principe de précaution » que par d'importants progrès dans la qualité courante des soins.

Il en va de même, dans un autre ordre d'idées, pour le récurrent débat qui oppose « sécurité » et « proximité » (autour par exemple d'un projet de transformation ou de fermeture d'un hôpital). La proximité d'une structure n'est évidemment pas, par principe, un obstacle à ce qu'elle puisse assurer

des soins de qualité, dans des conditions de sécurité adéquates. Mais sur ce sujet, qui peut susciter localement de très compréhensibles émotions, les termes de l'alternative sont encore trop peu transparents. Il n'est pas possible d'effectuer un choix acceptable par tous – y compris au regard des autres considérations, notamment économiques, qui interviennent dans une restructuration - si l'on ne dispose pas d'instruments de mesure, critiques, comparatifs et rendus publics, sur la qualité des actes effectués dans les différents établissements de soins, en fonction des différentes formes d'organisation des soins.

Le Haut Conseil estime ainsi que le manque de système d'évaluation et de procédures de bonne pratique, l'insuffisance d'élaboration et de diffusion des références médicales, ainsi que d'instruments et de règles visant à assurer, pour les besoins de tous, une qualité des soins qui épouse en permanence les données acquises de l'art médical et la recherche d'efficacité, constitue pour le système d'assurance maladie un constat de même urgence que celui qui a été dressé sur sa situation financière.

3) Dans cet esprit, l'assurance maladie doit mieux utiliser ses instruments tarifaires

Les soins remboursables obéissent, pour une large part, à une logique d'économie administrée, en raison de ce que leurs tarifs sont, pour leur plus grand nombre, des tarifs opposables, c'est-à-dire imposés par les pouvoirs publics.

Ce principe d'opposabilité est fondamental si l'on veut que, dans le système de prise en charge collectif, la notion de taux de couverture conserve tout son sens. Il suppose normalement l'application stricte de tarifs fixés par voie réglementaire ou conventionnelle ; il peut, à défaut, s'appuyer sur un encadrement, à la fois des dépassements autorisés et des champs dans lesquels ces dépassements interviennent.

Pour autant, le Haut Conseil estime que la manière dont sont aujourd'hui gérés ces tarifs administrés pêche par plusieurs aspects.

En premier lieu, le système n'utilise pas assez les espaces de concurrence par les prix dont il dispose, ou ceux qu'il pourrait introduire sans remettre en cause les grands principes. Cela permettrait pourtant de compenser, chaque fois que cela est possible, les inconvénients connus des systèmes de prix administrés. C'est le cas en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux, notamment en secteur hospitalier (même si l'on peut saluer des progrès réalisés dans le domaine des médicaments génériques) ; d'autres biens et services peuvent également être concernés.

En deuxième lieu, la fixation administrative des prix ne repose pas suffisamment sur des évaluations rigoureuses des coûts et des conditions d'exercice. Une juste rémunération des actes supposerait que l'on tienne compte d'un certain nombre de paramètres : coûts des différents facteurs de production, part entre les coûts fixes et les coûts variables, pénibilité et temps passé, impact de la localisation géographique, de la taille de la structure, du profil des patients, etc ...

Pourtant, la manière dont l'assurance maladie assure les rémunérations et les revenus est loin d'atteindre ce niveau de rationalité. On observe ainsi d'étonnants écarts de revenu moyen entre certaines professions, que ne justifient ni le niveau d'études et de formation, ni les sujétions, ni la technicité. On constate aussi d'importantes inégalités au sein d'une même profession, et particulièrement celles qui mettent en œuvre des plateaux techniques importants. Cela signifie tout simplement, et au minimum, que la tarification n'est pas adaptée : pour garantir la viabilité des

structures les moins rentables, elle va générer, pour toutes les autres, des rentes qui peuvent atteindre des niveaux très importants.

On peut également s'interroger sur le financement des structures hospitalières. Si l'on s'en tient aux seuls établissements hospitaliers publics, les écarts de coûts se révèlent très sensibles d'un hôpital à l'autre (on trouve couramment plus de 10%, et jusqu'à 30%), même lorsqu'il s'agit de structures de taille, de technicité, d'activité et de spécialisation médicale comparables. Cette dispersion permet de penser qu'il existe d'importantes marges de progrès, qui passent, outre la réforme de la tarification, par une répartition adaptée des moyens, une meilleure organisation globale de l'offre hospitalière, et par de nouvelles modalités d'organisation et de gestion internes. L'impression est d'ailleurs corroborée par les quelques comparaisons qui peuvent être faites entre les coûts du secteur public et ceux du secteur privé. Les chiffres bruts qui ont été avancés jusqu'à présent sont importants, puisqu'ils représentent un écart d'environ un tiers sur les coûts moyens. Le caractère significatif de ces résultats est, il est vrai, contesté en raison de nombreux problèmes méthodologiques. Il convient donc d'engager sans tarder des études complémentaires, afin de préciser les limites de validité de ce constat, et surtout d'en identifier les vraies causes et en tirer les conséquences nécessaires.

Sur tous ces points relatifs à la vérité des coûts, des progrès partiels ont certes été réalisés, ou sont en cours de réalisation (ainsi de la « marge dégressive lissée » sur les médicaments, de l'évaluation des coûts dans le cadre de la « classification commune des actes médicaux », ou des modalités de calcul de la « tarification à l'activité » dans les hôpitaux). Le Haut Conseil estime toutefois que beaucoup reste à faire.

S'agissant notamment de la tarification à l'activité dans les hôpitaux publics, qui doit commencer à se mettre en place en 2004, on doit insister sur le fait que cet instrument nouveau – très attendu comme un progrès – ne résoudra pas, à lui seul, les questions de financement qui se posent pour ces établissements. D'abord parce qu'il n'a pas vocation à tout couvrir ; ensuite parce que son efficacité dépendra des conditions de la tarification, de l'évolution de la réglementation applicable aux hôpitaux, et des marges et outils de gestion dont disposeront leurs responsables.

Enfin, en troisième lieu et plus généralement, on doit déplorer que les tarifs, et pas seulement les tarifs des actes médicaux et soignants du secteur libéral, ne contribuent pas aujourd'hui, parmi d'autres instruments, à la promotion de la qualité de la pratique. Dans le domaine des soins de ville, les « accords de bon usage des soins » ou les « contrats de bonne pratique » conclus conventionnellement peuvent, il est vrai – et même si cela n'est pas nécessairement leur fonction - ajouter ponctuellement des compléments de rémunération ; mais ils ne peuvent, à eux seuls, constituer une véritable modulation financière, susceptible d'accompagner un engagement de qualité globale de pratique qui serait souscrit par un professionnel.

A cet égard, le Haut Conseil remarque qu'au cours des dernières années, beaucoup de réticences ont été levées s'agissant de certaines modalités de tarification, dont on avait pu penser qu'elles posaient des problèmes de principe : on a cité la tarification « à la pathologie » ; on peut citer les systèmes de tiers payant, ou l'introduction d'une certaine diversification des modes de rémunération des praticiens libéraux, pour des tâches ou des missions particulières. Il existe aujourd'hui des espaces de consensus pour faire évoluer les instruments tarifaires. C'est un tournant important dont il faut saisir l'opportunité pour innover plus résolument, en veillant toutefois à ce que, si l'assurance maladie paie mieux ou autrement, ce soit, dans le cadre d'une politique conventionnelle, en faveur d'une qualité mieux définie et contrôlée.

4) Le système de soins doit aussi être guidé par des principes d'efficacité

Le système de soins doit améliorer ses performances, non seulement par une recherche de qualité, mais aussi par l'efficacité dans l'emploi des moyens : mobiliser les justes compétences aux justes niveaux, utiliser les ressources sans excès inutiles, et savoir aussi guider le malade dans son accès et son cheminement au sein de l'univers soignant. Le système de soins doit s'inspirer des méthodes de bonne gestion qui valent partout.

Ce qui fait la difficulté d'un tel objectif – à savoir l'extrême diversité des intervenants – est en même temps un trait important de notre système de santé. C'est un corps complexe, auquel chaque membre se rattache avec une légitimité propre : institutions publiques et privées qui participent au service public sanitaire proprement dit, autres établissements privés, professionnels libéraux ou salariés, chacune ou chacun assure un segment d'une unique mission d'intérêt général.

L'amélioration de l'efficacité doit ainsi être conduite de front et de manière concordante par l'ensemble des acteurs, aussi bien en milieu hospitalier que dans le domaine ambulatoire.

En soulignant qu'il faut plus d'efficacité dans l'exécution de cette mission, le Haut Conseil ne sous-estime pas la part de désenchantement et de perte de sens que ressentent aujourd'hui beaucoup de professionnels de la santé, et qui accompagnent, et expliquent pour partie, la crise plus générale du système de soins et d'assurance maladie. Tendre vers la performance, ce n'est pas rechercher l'efficacité au détriment des valeurs du monde soignant : bien au contraire, les deux questions sont liées dans une éthique et une dynamique commune.

D'une part, en effet, il n'y a pas de recherche d'efficacité et de productivité qui ne suppose des efforts d'adaptation, voire des remises en cause de situations acquises. Or ces efforts sont difficiles à consentir lorsque les perspectives professionnelles de moyen ou de long terme paraissent floues. L'inquiétude sur l'évolution future du statut des professionnels de santé alimente la frilosité, et donc le statu quo. Ces évolutions seront d'autant plus partagées qu'elles seront établies de manière concertée.

Réciproquement, tous les esprits raisonnables savent, précisément, que le statu quo est intenable, qu'il faut casser certains clivages et s'imposer des formes d'organisation plus exigeantes et permettant une prise de décision, notamment à l'hôpital, pour faire face aux défis techniques, démographiques ou financiers qui se profilent. Dès lors, la lenteur des changements indispensables, et la pesanteur du système à se réformer, alimentent en retour l'inquiétude des professionnels et assurés sociaux les plus lucides.

C'est ce cercle négatif dont il faut rompre l'enchaînement, en mettant en place des instruments de réforme organisationnelle durables, qui recréent une véritable « dynamique de confiance » dans le système de soins et d'assurance maladie.

Un axe d'effort préliminaire et capital consiste à prendre conscience de ce que l'efficacité du système de soins ne se limite pas à l'efficacité du système strictement curatif.

L'action sur l'environnement, dans la vie privée et au travail, sur les modes de vie, les comportements de prévention, l'éducation sanitaire, est encore trop souvent considérée comme secondaire ou résiduelle. C'est au contraire un champ capital de l'assurance maladie, insuffisamment documenté sur le plan médico-économique (ce qui fait obstacle à la parfaite rationalité des décisions d'arbitrage financier), et insuffisamment relayé par l'ensemble du système de soins.

De même, au voisinage du soin et en aval du soin, les actions médico-sociales et sociales constituent des compléments indispensables de la prise en charge sanitaire. Par exemple, dans la lutte contre certaines grandes maladies, le gain curatif peut être largement annihilé par une absence de suivi social ou médico-social des malades. L'approche trop cloisonnée des deux secteurs est un non-sens en termes de santé publique.

Pour ce qui concerne le secteur sanitaire proprement dit, le Haut Conseil estime, ainsi que cela est développé dans les points qui suivent, que l'efficacité est aujourd'hui largement une question d'organisation et de gestion des moyens. Par ailleurs, l'enjeu que représente le devenir de ce secteur et le rôle qu'il joue dans la réponse aux besoins de santé, conduit à étudier le niveau des moyens à investir.

Le Haut Conseil est conscient des difficultés d'évaluer ce que doit être le niveau optimal d'équipement sanitaire pour répondre aux besoins d'une population ayant un certain profil d'âge et de pathologies. Il est très difficile d'établir des corrélations entre ce niveau d'équipement et les indicateurs essentiels de la santé d'une population.

Le Haut Conseil insiste sur les enjeux d'une politique de redéploiement qui soit conduite dans l'intérêt prioritaire des patients, et dans la recherche simultanée de l'intérêt du personnel soignant. Les situations critiques de certains services hospitaliers, où se ressentent de manière aiguë l'usure, la surcharge et la pénurie de moyens, peuvent trouver une solution si l'on parvient à mobiliser les importantes marges de sous-productivité ou d'offre sur-calibrée qui existent ailleurs, dans le système hospitalier dans son ensemble – mais quelques fois aussi, au sein même des établissements.

Les différentes analyses qui ont pu s'exprimer à cet égard au sein du Haut Conseil, l'amènent à recommander que soient approfondies de manière prioritaire les études et la documentation sur l'ensemble de ces questions.

Ce dont on est sûr, au moins, c'est que l'offre est aujourd'hui très inégalement répartie sur le territoire français, et dépourvue de véritable organisation et d'outils de gestion. Les tensions à venir, qu'elles soient financières ou démographiques, vont - si rien ne change – aggraver encore ces inégalités et ces dysfonctionnements. La réponse n'est pas simplement d'injecter davantage de moyens : quand un système souffre de défauts d'organisation ou de coordination, un supplément de ressources, même important, n'améliore en rien sa performance ; il peut même alimenter un peu plus certains effets pervers.

L'efficacité consiste ainsi à mieux orienter les moyens, et à mieux coordonner leur emploi.

5) Le Haut Conseil constate que l'optimisation de la répartition des moyens sur le territoire accuse encore un très grand retard

S'agissant des soins de ville, le constat a été souvent dressé des fortes disparités d'installation des professionnels libéraux sur le territoire (médecins spécialistes et généralistes, chirurgiens dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux), que ce soit entre régions, entre départements ou au sein des départements.

Les conséquences de ce phénomène sont connues : dans les zones de « sur-densité », la grande accessibilité de l'offre – et la relative concurrence entre praticiens – stimule artificiellement la consommation de soins. Dans les zones de « sous densité », les conditions de travail des professionnels et les conditions d'accès à certains types de soins se dégradent.

Certes, comme on l'a dit plus haut, il n'est pas aisé de définir ce que doit être une densité optimale. Mais il est sûr que cette disparité crée une situation d'inégalité difficilement justifiable, et que les tensions iront croissant, dans certaines zones, avec la chute de la démographie professionnelle. Cette évolution démographique constitue, d'ailleurs, un des défis d'organisation les plus importants que notre système de soins aura à résoudre dans les années à venir.

On ne peut, à cet égard, que s'étonner du contraste qui existe entre la stricte régulation par l'Etat de l'effectif total annuel de chaque spécialité de la santé, via le *numerus clausus*, (ainsi que, pour les médecins, le nombre de places offertes au concours de l'internat), et la totale absence, ensuite, d'orientation territoriale des jeunes professionnels formés. Le Haut Conseil estime qu'il faut, dans une approche globale qui doit impérativement articuler l'offre hospitalière et l'offre ambulatoire, sans faire de la seconde la simple variable d'ajustement de la première, s'interroger sur le bien fondé de la totale liberté d'installation des professionnels de santé libéraux.

En matière d'équipement hospitalier, le Haut Conseil remarque, après la Cour des comptes (dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2002), la trop grande lenteur avec laquelle se réalisent les redéploiements de moyens, et les multiples obstacles qui se dressent pour freiner ou empêcher les recompositions qui entraînent des fermetures ou des fusions d'établissements ou de services.

Certes, les réticences s'expliquent souvent par le fait que la fermeture d'un établissement ou la suppression d'un certain nombre de lits est perçue comme constituant un but en soi. Il faut affirmer que l'objectif n'est pas de réduire l'offre, mais de la recomposer, pour l'adapter aux vrais besoins de la population (par exemple en matière de lits de moyen et long séjour). Restructurer, ce n'est pas forcément faire disparaître : ce peut être aussi redéployer, ou créer des structures nouvelles. Mais à condition de viser toujours une organisation plus utile et efficiente, en veillant notamment, à ce titre, à ce que les niveaux d'activités soient compatibles avec une sécurité et une qualité optimale des actes.

De ce point de vue, la carte hospitalière française est, à l'évidence, loin d'avoir achevé les transformations nécessaires.

Au-delà des rigidités propres à chacun des deux secteurs – soins « de ville », et soins hospitaliers – c'est le cloisonnement existant entre ces deux segments de l'activité médicale qui constitue le plus grand obstacle à une bonne recomposition de l'offre. Il n'y a ni articulation, ni véritable substituabilité entre les structures hospitalières et l'offre médicale et soignante « de ville ». Ainsi par exemple, l'hôpital est vraisemblablement plébiscité, non seulement pour des motifs financiers (taux de couverture et dispense d'avance de frais), mais aussi et peut-être surtout parce qu'il est d'accès simple et permanent (sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre) : toute recomposition suppose, par conséquent, qu'on sache aussi organiser de manière efficace une prise en charge libérale de la permanence des soins.

6) Il faut mieux articuler, au service du patient, le travail des différents acteurs de la santé.

Le « système » de soins n'est pas organisé comme un système. Car il ne coordonne pas avec systématisation, pour les patients qui s'adressent à lui, tous les moyens dont il dispose.

Le Haut Conseil estime ainsi que tout doit être fait pour casser les différentes césures qui existent entre les prises en charge successives dont un même patient peut faire l'objet : prise en charge cloisonnées entre praticiens de ville, entre services d'un même hôpital, et entre soins hospitaliers et soins de ville. On doit déplorer, à cet égard, le retard pris dans la généralisation d'un dossier médical partagé, et du « réseau de soins virtuel » qui peut se bâtir autour de lui. On peut souhaiter aussi la systématisation des soins coordonnés entre ville et hôpital pour certaines pathologies, appuyée le cas échéant sur des réformes tarifaires ou institutionnelles. Cela suppose surtout que l'on change assez radicalement de mode de pensée, et qu'on cesse de raisonner sur « l'hôpital » et sur « la ville » comme sur deux secteurs étanches ayant chacun, en propre, une part de l'activité médicale.

La complexité croissante des soins – notamment pour les maladies les plus graves, ou pour les malades souffrant de pathologies multiples - augmente le nombre d'intervenants autour d'un même malade, et rendent plus difficiles l'accès et le cheminement du patient. Pourtant, c'est souvent à ce patient qu'il revient de coordonner la succession de ceux (services hospitaliers, médecins, auxiliaires médicaux, aides de vie, etc...) auxquels il fait appel. C'est là une sorte d'effet paradoxal du principe – par ailleurs tout à fait essentiel – de la « liberté de choix » de son soignant par le soigné. Dans bien des cas, cette liberté serait plus avantageusement exercée s'il existait la possibilité de choisir librement, aussi, des formes de soins coordonnées, dans lesquels les différents prestataires de soins assurent eux-mêmes les liaisons nécessaires.

L'une des forces de l'hôpital est, en principe, d'offrir cette prise en charge structurée et complète. C'est une des raisons qui expliquent pourquoi il y est si fréquemment – et sans doute trop systématiquement - fait recours. Mais, à supposer même que ce recours à l'hôpital débouche effectivement sur une hospitalisation, celle-ci ne peut concerner que des épisodes ponctuels, et la continuité du soin est souvent rompue lorsque le patient retourne à son domicile.

En fait, la distinction pertinente qui s'impose aujourd'hui, et qui se révèle la plus discriminante en termes de qualité de prise en charge et d'attitude à l'égard du système de soins, est celle qui oppose d'une part les soins *coordonnés* (qui comprennent aussi bien les organisations lourdes des programmes de santé publique, que les différents modes de travail organisés entre professionnels traitant un même patient) et d'autre part le *recours discontinu* au système de soins (par sollicitations épisodiques, sans que le lien soit organisé entre ces différents épisodes). Dans le premier cas, le cheminement du patient laisse une « trace » médicale qui sert de repère à tous ceux qui ont à le prendre en charge : on parle de « traçabilité » du parcours. C'est un mieux, tant sur le plan de la qualité des soins, que sur celui de l'optimisation des coûts. Dans le second cas, le diagnostic et le traitement ne peut pas s'appuyer sur un historique, et les examens redondants ou les prescriptions contradictoires ont toutes chances de se multiplier.

Actuellement, le système de soins n'est pas bâti pour offrir, chaque fois que cela pourrait être utile, cette prise en charge coordonnée. Ses différents intervenants assurent leur complémentarité de manière relativement spontanée ; la coordination est plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une démarche construite.

La qualité de la prise en charge appelle aujourd'hui des formes plus structurées, appuyées sur des rôles mieux définis pour les différents intervenants, et qui sauraient dégager, notamment, la notion de soins primaires. Par ailleurs, l'exercice des soins de ville devrait s'exercer davantage dans des cadres moins individuels et moins isolés.

Le Haut Conseil estime qu'il y a là une importante voie de progrès à explorer. On ne doit pas en sous-estimer les difficultés, ni minimiser les précautions qui seront nécessaires (notamment au regard de l'information et de la liberté de choix du malade, du respect du secret médical en dehors du cercle des soignants directs, etc...). Mais il s'agit, notamment pour les maladies les plus lourdes, d'un important gisement de qualité médicale et d'efficience du soin.

Pour cela, l'incitation doit se porter évidemment en direction des établissements et professionnels de la santé. Mais elle doit se diriger également vers les patients. Les usagers ne sont pas des sujets passifs du système de soins. Ils doivent avoir, vis-à-vis de l'offre de soins, la possibilité d'exercer des choix responsables.

A cette fin, des actions d'information, d'explication, et d'éducation en santé constituent des préalables indispensables. Il convient aussi de réfléchir à des formes nouvelles de « ticket modérateur » pour développer au sein du système des incitations à une meilleure utilisation de l'offre de soins. Notamment selon des modalités qui sachent distinguer les différentes formes de prise en charge, et orienter vers celles qui présentent la meilleure organisation, et donc le meilleur emploi des fonds collectifs. De ce point de vue, l'application systématique d'un ticket modérateur uniforme et sans possibilité de choix ne permet pas à l'assuré d'adapter son comportement.

7) L'information des usagers reste le « parent pauvre » du système de soins

Le principe déontologique, parfaitement légitime, consistant à ne pas introduire entre praticiens une concurrence de type commercial, ainsi que la relative difficulté de traduire en indicateurs la complexité de l'« art de soigner », ont pour effet que la performance et la qualité des activités de santé restent, en France, d'une grande opacité.

Il n'est pas de même dans de nombreux pays étrangers.

Une évolution paraît nécessaire. Le souci d'éviter la concurrence ne justifie pas qu'on ne puisse transmettre en toute clarté une information claire et détaillée à tout assuré social. Le choix « libre et éclairé », devenu principe législatif pour ce qui concerne l'acte de soins, n'a, paradoxalement, pas encore été consacré pour la relation du patient à ceux qui le soignent.

Il s'agit pourtant d'une aspiration fondamentale, qui passe aujourd'hui par les aléas du bouche à oreille, les classements très imparfaits de la presse généraliste, voire par la recherche d'introductions privilégiées. L'inégalité dans l'information, notamment en fonction du capital relationnel dont dispose le malade, constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins.

La mesure des « résultats », et la manière de les communiquer, constituent certes, pour la médecine, une des choses les plus complexes qui soient. Mais il existe des indicateurs statistiques qui peuvent apporter des images fiables et significatives, à défaut d'être explicatives (par exemple, les taux de réadmission dans un service hospitalier) et qui peuvent être portés à la connaissance de tous. On peut mentionner aussi toutes les informations qui portent sur le fonctionnement plus technique, tel que par exemple la fréquence des infections nosocomiales, ou celles qui concernent le niveau d'activité (dont on sait qu'il est étroitement corrélé à la qualité de l'acte) ou la nature des moyens et des équipements.

Le Haut Conseil, conscient des difficultés qui s'attachent à ce que soit fournie une information fiable, directement interprétable par tout usager, estime toutefois qu'il faut ouvrir, sur tous ces points, les voies permettant d'assurer une plus grande transparence de fonctionnement du système de soins, à l'égard d'un large public.

SECTION III : LA « GOUVERNANCE » DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Haut Conseil s'est également penché sur la manière dont est dirigée l'Assurance Maladie, autrement dit sur le système institutionnel chargé de mettre en œuvre les conditions et modalités de la prise en charge des soins remboursables.

Celui-ci se partage entre de nombreux acteurs : les différentes instances de l'Etat (c'est-à-dire le Parlement, qui décide de l'organisation légale du système et vote les lois de financement, le gouvernement, qui est à la fois pouvoir réglementaire et autorité de tutelle sur les caisses d'assurance maladie, et enfin les différentes agences ou établissements d'Etat : AFSSAPS, ANAES, ARH ...), les partenaires sociaux, dont la légitimité historique à gérer l'assurance maladie trouve notamment son fondement dans l'assiette massivement salariale des recettes (et qui administrent, entre autres, les trois caisses nationales : CNAMTS, CCMSA, CANAM, les caisses régionales et locales, et les URCAM), la Mutualité française, dont la présence au sein des conseils d'administration des caisses d'assurance maladie est prévue par la loi en raison de sa mission d'intérêt général, et enfin les professionnels de santé eux-mêmes, puisqu'ils ont, dans le secteur libéral, vocation à définir par l'intermédiaire de leurs syndicats représentatifs et par voie conventionnelle les conditions de leur exercice.

Les collectivités locales ne jouent pour l'instant qu'un rôle second, si l'on excepte la présidence des conseils d'administration d'hôpitaux publics par le maire de la commune ou son représentant. Les autres assurances complémentaires n'ont pas de présence officielle sur le plan institutionnel. Enfin, pour le régime général, les assurés sociaux sont aujourd'hui exclusivement représentés par les syndicats de salariés au sein des mêmes conseils, sachant que, pour ce même régime, leur désignation par voie électorale a été juridiquement supprimée en 1996. Certaines personnalités qualifiées, désignées dans ces conseils, sont toutefois issues du milieu associatif.

1) Le Haut Conseil estime que l'enchevêtrement des compétences explique en partie, et en tous cas favorise, les dérives du système

Le Haut Conseil considère que la présence combinée de plusieurs décideurs, et notamment le partage de compétence entre l'Etat et les organismes d'Assurance Maladie, est inévitable. Le système d'assurance maladie est un système complexe. Il ne peut se limiter à la seule question des remboursements : il fait d'abord intervenir des tiers, c'est-à-dire tous ceux qui effectuent des soins ; il est ensuite – et on l'a longuement montré plus haut – indissociable des questions d'organisation des soins, des problématiques générales de santé publique, et des aspects sociaux et médico-sociaux de la prise en charge.

En d'autres termes, la pluralité institutionnelle constitue une de ses données structurelles.

Le Haut Conseil attire toutefois très vigoureusement l'attention sur le fait que, si le partage des tâches est inévitable, celui qui prévaut aujourd'hui paraît particulièrement complexe, et constitue un puissant facteur d'inefficacité.

Pour établir cet enchevêtrement, et ses conséquences néfastes pour la « gouvernance » de l'assurance maladie, le Haut Conseil a fait l'exercice qui consiste à examiner les responsabilités, non pas à partir des institutions telles qu'elles existent, mais en partant de chacune des grandes fonctions fondamentales que doit assurer tout système de soins et d'assurance maladie : fixation du cadre juridique et financier global, organisation du système, gestion du risque, allocation des ressources etc.

Sur tous ces grands axes, le même constat se répète : les compétences, et notamment les compétences de l'Etat et des organismes d'assurance maladie, sont la plupart du temps empilées et enchevêtrées. Ce qui non seulement gêne l'action de chaque institution, mais surtout conduit à ce que certaines fonctions ne sont pas correctement assurées.

C'est le cas, au premier chef, de la fonction de cadrage financier, qui consiste à « tenir » l'équilibre des dépenses et des recettes. Confiée, en principe, aux organismes nationaux d'assurance maladie par les ordonnances de 1967, cette délégation n'a, ensuite, jamais été pleinement assumée, y compris par l'Etat qui l'avait consentie. La réforme de 1996 a voulu modifier cette logique en confiant au Parlement le soin de fixer un objectif annuel de dépenses, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. Mais aucun des instruments de régulation successivement mis en place (versements, lettres-clés flottantes), d'ailleurs tous successivement abandonnés, n'a permis d'assurer la tenue de l'objectif annuel. De sorte que sa fixation, qui aurait dû constituer un progrès, est aujourd'hui sans portée effective, et donc largement discréditée.

Le Haut Conseil estime qu'il est urgent de redonner de la légitimité à l'objectif voté par la représentation nationale, en envisageant tout à la fois les modalités d'une élaboration partagée avec les acteurs de la santé, et les formes (par exemple, la pluri-annualité) et surtout les mécanismes de redressement, qui permettraient d'en garantir le respect.

Le Haut Conseil a, dans la même ligne, constaté l'existence de beaucoup d'autres problèmes de frontière préoccupants entre les compétences de l'Etat et les pouvoirs formellement dévolus aux caisses d'assurance maladie. Ainsi, il apparaît que la dissociation stricte du contrôle des dépenses entre « soins hospitaliers » et « soins de ville » fait obstacle, notamment au plan local, aux démarches les plus cohérentes d'optimisation des soins et de redressement des comptes. Il apparaît ensuite, au sein des soins de ville, que l'objectif des « dépenses déléguées », dont les organismes d'assurance maladie sont légalement tenus d'assurer le respect, ne comporte pas l'ensemble des prescriptions – alors même que c'est à ces organismes qu'il revient d'en vérifier les modalités sur le terrain, et d'en négocier l'amélioration par la voie conventionnelle. Et il apparaît enfin que cette voie conventionnelle, pour des raisons qui tiennent en partie à la Constitution et à l'interprétation qu'en donne la jurisprudence constitutionnelle, est étroitement cantonnée dans son champ et dans son exercice : l'Etat fixe son cadre par la loi, suit les négociations en amont, et en approuve les résultats en aval.

Ces exemples, et plusieurs autres, conduisent le Haut Conseil à ce constat préoccupant que, dans le contexte de dérive financière précédemment établi, ni le Parlement, ni le gouvernement, ni les caisses d'assurance maladie n'exercent ni ne disposent de responsabilité claire sur la tenue des objectifs de dépenses.

2) Le Haut Conseil constate de graves carences dans les outils de « pilotage » du système

Le Haut Conseil attire également l'attention sur les carences en matière d'instruments d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Là encore, les manques qui sont constatés peuvent très souvent s'expliquer par l'absence d'un responsable explicitement désigné, ou par l'absence de répartition précise des tâches.

Ainsi, le Haut Conseil a notamment pu constater les insuffisances notoires en matière d'élaboration, et plus encore, de diffusion des références de bonnes pratiques de soins. De nombreux

acteurs y contribuent : il s'agit à l'évidence d'un processus complexe, qui comporte à la fois des aspects très techniques, des dimensions de pédagogie, des dispositifs d'incitation – voire des questions de logistique – et qui doit donc, très normalement, mobiliser beaucoup d'intervenants. Mais l'orchestration d'ensemble n'est pas assurée. Il n'est pas possible, aujourd'hui, sur ce point capital, de se fixer collectivement des buts pratiques et quantitatifs ambitieux, et d'en demander compte à un organisme qui aurait tous les moyens d'aboutir.

De même, aucune collaboration efficace entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance complémentaire, ou aucune participation active des professionnels de santé à la gestion du risque, ne sont envisageables sans que soit organisé un large accès aux informations médicalisées sur la consommation de soins.

Le Haut Conseil relève avec attention les craintes qui s'expriment quant au respect du secret médical individuel. Il s'agit d'une liberté fondamentale, dont il ne suffit pas d'affirmer le principe : il faut aussi que les instruments de sa protection concrète soient mis en place avec suffisamment de rigueur. Cela n'ôte rien, cependant, à l'immense effort qui reste à faire pour renverser un certain état d'esprit chaque fois qu'il s'agit de données ou de rapprochements de données dont la divulgation ne peut ni porter atteinte au secret médical, ni servir, à l'insu de l'assuré, à une sélection du risque : c'est alors le partage d'information qui doit être la règle, et la rétention l'exception.

Enfin, et pour donner encore un autre exemple, les outils d'audit et de contrôle de la gestion du système, c'est-à-dire de mesure permanente, et critique, de l'usage des ressources, de l'organisation des services – aussi bien sanitaires qu'administratifs – et de l'efficacité de leurs résultats, sont notoirement insuffisants.

Plus que de simples instruments, il s'agit d'une fonction complète, et d'un axe de responsabilisation des dirigeants des différentes structures. La dépense publique d'assurance maladie est, on l'a dit, et pour des raisons qui tiennent souvent aux principes mêmes du système, une dépense largement administrée. Il est donc particulièrement nécessaire de disposer d'autres mécanismes d'optimisation que ceux que peuvent spontanément susciter les mécanismes de marché. Une meilleure connaissance des mécanismes économiques et de formation des coûts, et l'introduction d'outils élaborés de pilotage et de gestion, non seulement sur le volume mais sur le bon emploi des fonds, sont ainsi indispensables.

3) Le Haut Conseil considère que les évolutions institutionnelles, qui sont nécessaires, doivent impérativement associer transfert de compétences et transfert de responsabilité

En conclusion, il apparaît au Haut Conseil que plusieurs dysfonctionnements institutionnels retentissent sérieusement sur le fonctionnement du système de soins et de prise en charge. Ceux-ci sont d'importance et de nature très diverses : il y a les étanchéités et les rigidités d'organisation au sein même des institutions, à commencer par l'Etat ; il y a, entre les institutions, et notamment entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie, des confusions de pouvoirs et de responsabilités ; il y a, enfin, l'accumulation quelques fois caricaturale d'organismes de gestion – que l'on pense, par exemple, à la multiplicité d'intervenants au niveau régional.

La conséquence en est, souvent, l'absence de décideur identifié et pleinement responsable. D'où une plus grande difficulté à surmonter les multiples et inévitables résistances aux réformes ; l'extrême lenteur de déploiement de certains outils indispensables (volet médical de la carte Vitale, dossier médical partagé, tarification à la pathologie, réforme de la nomenclature, système national

d'information, etc ...) ; et le fait que des instruments tels que la formation professionnelle continue ou les référentiels de bonne pratique ne parviennent pas à s'installer de manière dynamique.

L'urgence est triple : chaque fois que possible, mieux répartir, par entités cohérentes, les pouvoirs et les responsabilités ; à défaut, stabiliser les frontières de compétence sur des bases claires, afin de mieux organiser le dialogue entre les institutions appelées à se coordonner ; enfin, instaurer aux divers degrés des formes de délégation et de responsabilisation plus nettes à l'égard des cadres dirigeants.

Le Haut Conseil estime qu'il faut, en outre, agir franchement dans le sens d'une plus grande diversité d'expressions démocratiques et de représentations des usagers et des professionnels de santé, dans différentes instances du système d'assurance maladie.

S'agissant des répartitions de pouvoirs, il n'entraîne pas dans les perspectives du présent rapport, qui porte sur l'état des lieux et le diagnostic, que le Haut Conseil y propose des redécoupages de compétences pour l'avenir. On peut cependant affirmer que la question institutionnelle n'est pas une question seconde. Sa solution commande le bon fonctionnement du système de soins, et la conduite organisée des changements qu'il faut y apporter.

De nombreux schémas de « gouvernance » peuvent évidemment s'opposer. Le Haut Conseil estime qu'ils devront cependant se rejoindre sur au moins deux points.

D'une part, ils doivent procéder, lorsque cela est crédible, par délégation globale de compétence à un acteur précis. Le système repose trop, aujourd'hui, et à tous les niveaux, sur des pilotages coordonnés, dans lesquels chaque partenaire conserve en réalité son autonomie et ses prérogatives.

D'autre part, cette délégation de pouvoirs doit s'accompagner d'une pleine responsabilité de celui qui bénéficie de la compétence, qui l'oblige à rendre des comptes sur les résultats que l'on attend de lui. Sur bien des points – à commencer par l'équilibre financier– il est aujourd'hui possible, et nécessaire, que la collectivité se fixe des objectifs ambitieux, non seulement qualitatifs mais aussi quantitatifs : diminution de la consommation de médicaments, diffusion de référentiels, évaluation des pratiques, égalité des conditions d'accès aux soins sur le territoire, etc.

C'est en liaison avec de tels objectifs, et pour se mettre en capacité de les tenir, qu'il convient de penser les nouvelles répartitions institutionnelles.

Chapitre premier : principaux paramètres financiers et économiques du système de santé français

Le premier thème étudié par le Haut Conseil concerne les principaux paramètres financiers et économiques du système de santé : l'évolution des dépenses de santé (section 1), la répartition des dépenses de santé au sein de la population (section 2), leur prise en charge (section 3), le système des recettes (section 4), et enfin la situation financière de l'Assurance Maladie (section 5).

Section 1

Le secteur de la santé et sa croissance

1) Le secteur de la santé est important dans la vie économique et sociale (annexe 1)

La valeur ajoutée de l'ensemble du secteur de la santé dans l'économie est de 7 % de la valeur ajoutée nationale. Les dépenses de santé frôlent les 10% du PIB. Le secteur emploie directement 1,7 million d'actifs. Les dépenses se partagent de façon quasi équivalente entre le secteur ambulatoire et l'hôpital.

De l'avis dominant, la qualité technique de notre système est bonne même si le rapport qualité/prix n'est pas optimum.

Ces dépenses contribuent fortement à l'amélioration de l'état de santé de la population (l'élévation continue de l'espérance de vie sans invalidité en est un bon indice)

2) La croissance des dépenses de santé

a) le constat rétrospectif

Sur le long terme, les dépenses de santé (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) ont augmenté durablement au dessus de la richesse nationale : 2,5 points au dessus du PIB sur les quarante dernières années².

Ces dépenses passent ainsi de 3,5% du PIB en 1960 à 8,9% en 2002.

Le différentiel de taux de croissance a progressivement diminué ; mais on constate une accélération en fin de période.

b) Pour la plupart des commentateurs, cette tendance va se poursuivre

Les facteurs d'alourdissement de la dépense (malgré la baisse du prix relatif de nombreux biens et services médicaux) sont importants et peu contestés.

C'est le cas notamment du vieillissement³ :

² *Quarante années de dépenses de santé*, DREES, Etudes et Résultats n°243, juin 2003

³ Voir, entre autres, les deux études suivantes : Michel Grignon, *Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé*, CREDES, Questions d'économie de la santé n°66, mars 2003 et *Le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé*, CNAMTS, Point de conjoncture n°15, juillet 2003. La DREES évalue à 1 point de croissance des dépenses de santé l'effet de la démographie (population + âge) au cours de la période 1990-1997 dont 0,5 point pour l'âge. Dans le rapport *Santé 2020*, la valeur moyenne retenue sur la période 2000-2020 était 0,7 point par an. Aux Etats-Unis, à titre de comparaison, l'effet démographique serait de 1,35 point sur la même période (dont 0,3 d'effet d'âge) et au Royaume-Uni, cet effet est estimé à 0,5 point dont 0,2 pour l'âge [*Comparaison internationale des dépenses de santé*, DREES, Etudes et Résultats, n°175, juin 2002]

Vieillessement : effet de génération et effet d'âge

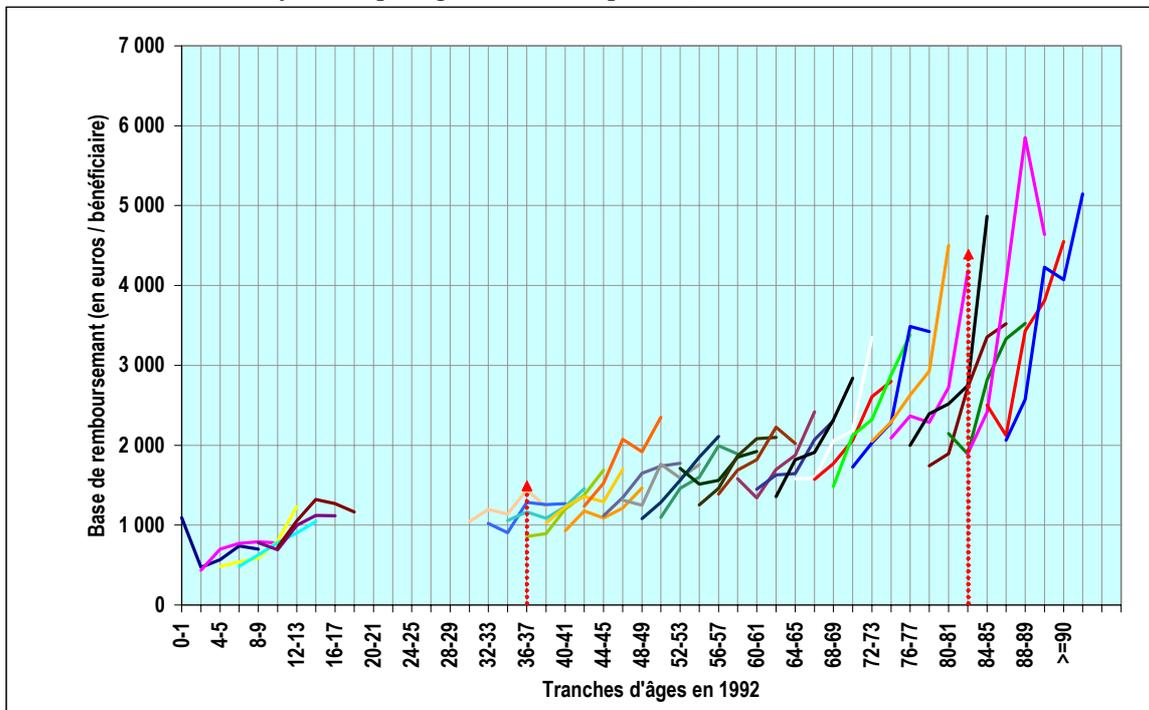
Le lien entre l'âge et la consommation médicale peut être lié à deux facteurs différents :

L'effet d'âge, ou effet sur cycle de vie. Au cours de la vie d'un individu, sa consommation a tendance à croître avec l'âge, une fois dépassés les premiers mois de la vie. Si cet effet était intangible au fil du temps, le lien entre le vieillissement de la population et les dépenses de santé résulterait uniquement du vieillissement « par le bas » de la pyramide démographique.

L'effet de génération. Mais un autre effet est à l'œuvre. Au cours du temps, la consommation médicale évolue d'une génération à l'autre. Cet effet se mesure en suivant les différences de consommation de deux générations différentes quand elles atteignent, chacune à leur tour, une même tranche d'âges.

Nous illustrons à partir des données de l'EPAS⁴ cet effet. La population étudiée est suivie sur 9 ans, de 1992 à 2000⁵. Les individus sont classés dans des groupes formés de deux générations annuelles (repérées dans le graphique ci-dessous par leur âge en 1992). Les consommations sont suivies tous les deux ans, de 1992 à 2000.

**Consommation individuelle moyenne de 1992 à 2000
pour des individus appartenant à un même groupe de générations
bénéficiaires protégés sur toute la période, non décédés en 2002**



Source : CNAMTS, 2003

L'accroissement de la consommation médicale des générations nouvelles relativement aux précédentes est visible. L'effet de génération est beaucoup plus important une fois passée la cinquantaine, et massifs à des âges plus élevés. En outre, on ne distingue aujourd'hui encore nulle trace évidente de fléchissement dans ces évolutions.⁶

⁴ Échantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS). L'EPAS est une extraction d'une partie des assurés du régime général et des ayants droit qui leur sont rattachés.

⁵ On s'est en outre assuré que les personnes suivies n'étaient pas décédées au cours des deux années suivantes, c'est-à-dire jusqu'en 2002 inclus.

⁶ Ce qui est retenu dans cette analyse de l'effet de génération ne préjuge pas des facteurs explicatifs qui font que la consommation des générations successives se déforme avec l'âge : état de santé, progrès technique ou attentes de la population, les trois éléments jouant sans doute de façon combinée.

La poursuite du progrès technique entraîne une densité croissante des actes de soins en main d'œuvre et équipements. Certes des gains de productivité accompagnent cette évolution ; ils expliquent en partie la baisse des prix relatifs et se traduisent par une meilleure prise en charge médicale, même si une partie de la productivité est dispersée dans une offre de soins mal organisée.

Les exigences des malades dans un contexte marqué par l'absence persistante de règle explicite d'accès et d'utilisation du système de soins, d'éducation à la santé dès le plus jeune âge ou d'éducation thérapeutique dans le cadre de leur pathologie, celles des professionnels qui souhaitent disposer des conditions de travail et de rémunérations cohérentes avec leur formation, leurs sujétions et la qualité de leur travail tirent la tendance des dépenses à la hausse.

Les exigences réglementaires – dont l'impact financier n'est pas toujours correctement anticipé – en termes de sécurité et la montée des contentieux contribuent également à l'augmentation des dépenses.

Au total, le Haut Conseil estime que la tendance haussière est solidement ancrée. Il considère que ses travaux à venir devraient notamment porter sur l'analyse des composantes de cette tendance.

c) la France se situe parmi les pays où le ratio Dépenses de Santé/Produit Intérieur Brut est le plus élevé ; la croissance de ses dépenses y a été un peu plus soutenue (annexe 2)

La part dans le PIB de la dépense nationale de santé s'établit à 9,6%⁷ en 2001, dernière année connue en termes de comparaisons internationales, ce qui place notre pays au 5^{ème} rang de l'OCDE derrière les Etats-Unis (13,9%), la Suisse (10,7%), l'Allemagne (10,6%) et le Canada (9,7%)⁸.

Si tous les pays connaissent un léger infléchissement de la croissance des dépenses, il est plus tardif et moins prononcé en France dans les années 80. En revanche, dans les années 90 la croissance de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) en France a un profil plus proche de celui des pays étrangers – et meilleur que certains d'entre eux.

⁷ La Dépense Nationale de Santé (DNS) diffère de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM). En particulier sont intégrés dans la DNS les indemnités journalières, la prévention collective, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire et d'autres dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système. Cette dernière notion qui traduit véritablement l'effort consacré au cours d'une année par l'ensemble des agents au titre de la fonction santé, correspond à un champ plus large que celui de la CSBM. C'est la grandeur retenue dans les comparaisons internationales.

⁸ Il convient toutefois d'être très prudent en termes de comparaisons internationales. En effet, les comptes nationaux ne retiennent pas tous la même méthodologie et, dans le cas de la France en particulier, les frais de gestion ne sont pas intégrés à l'agrégat Dépense Nationale de Santé. Il conviendrait d'ajouter environ 0,5 point afin d'avoir des données comparables, ce qui positionnerait la France au 4^{ème} rang.

Section 2
la dispersion des dépenses exposées par les ménages
et des prises en charge par les régimes de base

Au niveau individuel, les dépenses de santé ont deux caractéristiques : elles sont largement imprévisibles et peuvent être très importantes. L'assurance santé, à travers la mutualisation des dépenses, a pour objectif de couvrir les individus face à une dépense aléatoire ainsi que de solvabiliser une demande de soins dont les montants peuvent être très élevés.

Comme toute assurance, l'Assurance Maladie a pour fonction de couvrir des individus contre le risque santé qui sur une période donnée, les touchera plus ou moins. Il est donc naturel de s'attendre à ce que :

- ° les personnes les plus gravement touchées occasionnent de fortes dépenses,
- ° le reste de la population n'engendre qu'une mineure partie d'entre elles.

Le risque maladie ne touchant qu'une fraction des assurés, la mutualisation du risque maladie opère donc une solidarité entre les assurés ayant de fortes dépenses et ceux qui en ont de plus faibles. Cette fonction de mutualisation des dépenses a également pour objectif de permettre aux patients d'accéder, en équité, à des soins de plus en plus coûteux.

Deux remarques préalables :

- le système d'information donne des résultats qui ne rendent qu'imparfaitement compte de la réalité en ce qui concerne :

- ° le regroupement en ménage des personnes protégées
- ° la variable revenu
- ° la chronique pluriannuelle des dépenses

- la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève en moyenne à 2100€ par personne (année 2001). Mais ce chiffre moyen ne rend compte que très imparfaitement de la réalité, caractérisée par une forte variation avec l'âge et une grande concentration de la dépense.

L'annexe 3 analyse la répartition de ces dépenses dans la population.

1) La dépense brute varie sensiblement avec l'âge⁹

indices de dépenses moyennes par classe d'âge
(base 100 = dépense moyenne de la population protégée)

< 1 an	1 à 9	10 à 19	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79	>79
91	42	57	52	70	89	123	153	230	325

Source : CNAMTS/DES/EPAS année 2001

2) La dépense brute varie peu avec le sexe

⁹ Il convient de bien noter que ce n'est pas l'âge en tant que tel qui est la variable explicative de la dépense. Les coûts sont associés à la maladie et non à l'âge. Mais l'âge accroît la probabilité d'être malade.

3) Un petit nombre de personnes protégées concentre sur leur tête une forte majorité de dépenses : 5% des personnes font 51% de la dépense – soit, par tête, 18 000€ en 2000 - et de l'ordre de 60% des remboursements. Parmi elles, près de 65% sont en Affections de Longue Durée (ALD).

On donne ci-dessous quelques illustrations de cette concentration.

a) naissances et décès : « on naît presque aussi cher qu'on meurt »

Les soins médicaux autour de la naissance s'élèvent à 3800€/naissance. Il convient d'y ajouter les indemnités de congé de maternité (4750€ dans le régime général, somme qu'il conviendrait de majorer pour tenir compte des dépenses en espèce des entreprises et régimes complémentaires). Avec un taux d'activité féminine de 70% - c'est lui qui définit l'étendue des charges de prestations en espèces – et pour une cohorte de 750 000 naissances, les dépenses s'établissent à 5,4Md€

L'approche de la mort est facteur de fortes dépenses (voir annexe 4). On évalue les dépenses moyennes au cours des six derniers mois de vie à 14 000€¹⁰. Pour une cohorte annuelle de 550 000 décédés, cette dernière année de vie représenteraient une dépense de 7,7Md€, soit de 6,9% des dépenses de soins. Mais si on veut éliminer les spécificités de la situation démographique actuelle, on peut rapporter, pour une espérance de vie moyenne, les dépenses de soins d'un décédé à la totalité des dépenses qu'il aura exposées sur toute sa vie. Le coût du décès, dans ces conventions, est alors de 9%. Ces chiffres – importants – sont très inférieurs à ce qui est souvent avancé.

b) les personnes en Affections de Longue Durée (ALD)

Environ 12% dans le régime général, elles mobilisent 48% des dépenses – avec une dépense reconnue en 2001 de près de 7000€.

Mais il serait abusif d'assimiler systématiquement ALD et très grosses dépenses. Ainsi, les assurés en ALD ne sont qu'un quart environ à figurer parmi les 5% de plus gros consommateurs. Les autres mobilisent des dépenses inférieures, voire minimales dans certains cas.

La dépense remboursée moyenne par personne en ALD est de 6 600€, soit près de 9 fois plus que pour les autres personnes protégées.

Il s'agit en majorité de personnes âgées. La durée moyenne de leur prise en charge en ALD est de 6 ans ; 6 ans après leur admission, 28% sont guéris, 45% sont encore dans le régime et 27% sont décédés. Sur 100 personnes qui décèdent, 79 souffrent d'une affection de longue durée lors de leur décès¹¹.

c) les personnes ayant un accident ou un épisode aigu de maladie non lié à une pathologie lourde mobilisent aussi de fortes dépenses

d) les personnes ayant une chronique de recours fréquents aux soins sans être en ALD

¹⁰ Point de conjoncture, CNAMTS, n°15, juillet 2003, page 18

¹¹ Point de conjoncture, CNAMTS, n°15, juillet 2003, page 20

e) si on raisonne sur le compte maladie intégral, y compris les indemnités journalières (IJ), on peut classer dans les ménages à fortes dépenses les assurés arrêtés sur longue durée

L'existence de ces situations de forte dépense est intuitivement connue des Français. Cependant ils n'en mesurent pas le poids et sous-estiment les dépenses de l'assurance maladie.

4) La grande majorité des assurés et des personnes protégées n'exposent que des dépenses limitées

Ainsi 15% de la population n'ont pas de dépenses (ou n'ont qu'une consommation marginale inférieure à 40€) dans l'année ; 25% dépensent en moyenne (avant remboursement) moins de 150€/an et 50% moins de 470€/an.

Il s'agit pour beaucoup d'adultes en activité.

Ces adultes faibles consommateurs ont essentiellement recours à la médecine de ville qui supporte les tickets modérateurs les plus élevés d'une part. Ils paient par ailleurs de fortes cotisations d'autre part.

Dans ce contexte, il n'est pas anormal :

- qu'ils ressentent mal une augmentation du ticket modérateur lorsqu'elle survient même si elle ne déstabilise pas leur budget (une augmentation de 1 point du ticket modérateur représente une charge d'environ 10€ par personne non ALD par exemple)
- qu'ils aient tendance à dénoncer une mauvaise gestion du système (les « abus et gaspillages ») : dès lors qu'ils n'ont qu'une conscience diffuse des gros risques, quelle autre explication donner en effet au contraste qu'ils vivent – entre les faibles remboursements qu'ils perçoivent et les fortes cotisations qu'ils acquittent ?
- qu'ils sous-estiment le poids des cotisations qu'ils supportent (la cotisation patronale est « masquée » dans la feuille de paye). L'annexe 5 sur l'état de l'opinion donne une bonne image de cette perception

5) L'analyse de la structure de consommation doit être prolongée pour prendre en compte la dimension temporelle dans laquelle s'inscrit la dépense

On mesure en particulier que l'existence de fortes dépenses en année N conduit avec une forte probabilité, à de fortes dépenses en N+1 et les années suivantes (annexe 6)

Ainsi, comme pour tout secteur centré sur la notion de risque, se dessine un panorama très contrasté entre un petit nombre de personnes à fortes dépenses de santé, souvent durables et une grande majorité de personnes qui, bon an mal an, exposent des dépenses faibles, avec parfois des pics de dépenses significatifs.

6) La dépense de soins – et sa structure – varient avec le revenu et/ou la Catégorie Socio Professionnelle (voir l'annexe 7 : les déterminants individuels des dépenses de santé)

a) la dépense de soins varie sensiblement avec la Catégorie Socio Professionnelle

L'indice de dépense de santé, à structures d'âge et de sexe identiques, varie comme suit :

Agriculteur	artisan	cadre	Profession intermédiaire	employé	Ouvrier qualifié	Ouvrier non qualifié
71	88	87	96	100	108	115

Source : EPAS/SPS 1992 – 1995 – 1997, exploitation DREES juillet 2002

b) la part de l'hospitalisation dans la dépense totale varie selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence : 33% pour les cadres et professions intellectuelles ; 44% pour les professions intermédiaires ; 46% pour les employés et 53% pour les ouvriers.

Comme l'écrit la DREES, « les dépenses totales de santé plus élevées des ouvriers sont exclusivement dues à leurs dépenses hospitalières... Les situations ou les comportements à risque sont en effet plus fréquemment observées chez les catégories les plus modestes. Elles induisent également, compte tenu d'ailleurs d'un moindre recours à la prévention, des pathologies plus graves ayant pour conséquence des dépenses hospitalières élevées. Ces pathologies sont notamment celles liées à l'alcoolisme (induisant des cirrhoses, cancers VADS¹², suicides, accidents...), au tabagisme (cancers du poumon, cancers VADS, pathologie respiratoire, infarctus du myocarde) et à des différences de mode de vie concernant la nutrition (diabète, cancer du colon), ou la sédentarité (infarctus du myocarde). La disparité des risques professionnels ou de l'environnement peut également induire des pathologies spécifiques, des accidents plus nombreux ou une détérioration générale de l'état de santé pour ces catégories socioprofessionnelles. Ainsi selon l'indicateur de risque vital du CREDES (analysé dans l'annexe précitée) et toujours à structures d'âge et de sexe identiques, 23% des ouvriers et des employés auraient un risque possible ou pronostic probablement ou sûrement mauvais sur le plan vital alors que cette proportion serait de 18% chez les cadres »

¹²

VADS : Voies aéro-digestives supérieures

Section 3 Le système de prise en charge

Sous section 3-1 Le système de prise en charge des dépenses en nature

L'appartenance au système de couverture maladie se réalise à deux niveaux : celui des régimes de base, généralisé, obligatoire et le plus puissant en termes financiers ; celui des couvertures complémentaires, largement diffusé à défaut d'être généralisé, facultatif et second en termes de remboursements.

1) Le champ personnel

a) dans les régimes de base, l'universalité de la couverture :

A l'origine, c'est la situation de salarié qui est le fondement de l'ouverture des droits ; par des extensions et rattachements (les stagiaires de la formation professionnelle, les étudiants...) la protection sociale se diffuse ensuite à l'ensemble des personnes assimilées à des salariés. Les chômeurs sont par étapes intégrés dans le régime général.

L'assurance maladie s'étend aussi, dans des structures autonomes, aux non salariés.

Comme on assiste à la diminution des conditions de durée d'immatriculation et des délais de carence, la protection est immédiatement acquise.

En 1999, à la veille de l'adoption de la loi sur la couverture maladie universelle (CMU de base), c'est la quasi-totalité de la population qui est couverte en assurance maladie et l'aide sociale n'occupe plus qu'une place résiduelle. La CMU réalise alors le bouclage de l'assurance aux régimes de base.

Ces régimes présentent des caractères remarquables :

- ils sont obligatoires,
- ils couvrent tous les ménages quels que soient leur état de santé, leur revenu, le nombre des personnes du foyer, etc.
- la prise en charge est plutôt uniforme (le champ des prestations couvertes – le « panier de biens et services » est le même ; le taux de prise en charge est peu différencié, avec des exceptions notables dans le régime local d'Alsace-Moselle et pour les régimes spéciaux de certaines grandes entreprises publiques¹³⁾¹⁴

Comme on le sait, cette universalité des droits n'est pas mise en œuvre dans tous les pays développés, notamment aux Etats-Unis.

En France elle ne semble pas remise en cause.

¹³ Dans ce cas, il convient de comparer d'une part le taux ainsi retenu à celui qui résulte dans le champ des entreprises privées de la combinaison base + AMC, d'autre part les structures respectives de cotisations dans les deux systèmes.

¹⁴ La dernière réforme d'ampleur concerne l'alignement des conditions de remboursement de la CANAM-commerçants, artisans, industriels et professions libérales – sur celles du régime général

b) dans l'assurance maladie complémentaire, une large diffusion mais sur des produits fortement différenciés

b1) l'existence de telles couvertures, parfois sous forme de régimes, est liée au fait que les régimes de base ne couvrent pas toute la dépense (voir ci après)

b2) face à ce besoin de couverture additionnelle, les assurances complémentaires se sont largement diffusées.

On estime que plus de 85% de la population dispose directement d'une complémentaire ; compte tenu de la CMUC – couverture complémentaire assurée aux ménages les plus modestes – c'est près de 91% de la population qui est désormais couverte¹⁵.

Cette diffusion a été favorisée par le statut social et fiscal des financements assurés au sein de l'entreprise.

Mais l'existence d'une minorité de personnes non couvertes pose un problème social réel. Les ménages non couverts sont surtout des ménages pauvres ou modestes, souvent inactifs ou de statut d'activité précaire (voir annexe 8). Pour eux, le coût des soins qui reste à charge après remboursement est élevé au regard de leur revenu ; ils peuvent être contraints de renoncer aux soins ou de les différer et ils supportent un taux d'effort souvent abusif.

b3) la Cmuc se situe de façon originale dans le champ de la couverture complémentaire(annexe 9)

- elle est concentrée sur les ménages pauvres, en gros sur le premier décile de la population,
- son financement est collectif ; elle n'implique donc pas de participation financière de ses bénéficiaires,
- elle assure une couverture supérieure au niveau de garantie de certains contrats des organismes complémentaires. En 1998, les remboursements proposés par la CMU étaient, en optique, meilleurs que ceux proposés par plus d'un tiers des contrats et en dentaire, meilleurs que 40% d'entre eux,
- l'apport positif de la CMUC n'est pas contesté (les bénéficiaires ont eu un plus large recours aux soins). Les travaux du CREDES montrent en effet que si la consommation des bénéficiaires est supérieure à celle de la population de référence, l'écart est largement dû à un effet de rattrapage et à un état de santé plus dégradé,
- l'effet de seuil, lié à la condition de revenu, est controversé,
- la situation des « sortants » de la CMUC peut être difficile.

b4) la différenciation des produits

Les personnes couvertes par les couvertures complémentaires le sont désormais sans que, pour l'essentiel, on tienne compte de leur état de santé et qu'on les soumette à des conditions de stage ou délais de carence significatifs.

Mais les modalités de prise en charge diffèrent très sensiblement

- selon le mode d'acquisition de la couverture : la protection en entreprise – adossée à des concours publics puissants – assure dans l'ensemble des garanties de meilleur niveau que les contrats de couverture individuelle dont le financement repose entièrement sur les ménages
- selon le niveau professionnel : les garanties des cadres sont de meilleure qualité.

¹⁵ Source CREDES, *Enquête santé protection sociale*, 2002, voir annexe 8

2) Les périmètres de prise en charge

a) L'assurance maladie intervient à titre principal dans le domaine des soins de réparation. Mais son rôle en matière de prévention et de santé publique n'est pas négligeable

On ne dispose pas, en termes de quantité et de qualité, d'analyses permettant de vérifier le taux de retour sur investissements d'un effort en matière de prévention et de santé publique. Elles seraient pourtant nécessaires pour établir le niveau de financement souhaitable et les priorités de ces politiques, quitte à chercher une participation plus active des régimes d'assurance maladie (base et complémentaires)

b) pour certains membres du Haut Conseil, les cotisations d'assurance maladie ne devraient pas financer des charges étrangères à leur vocation

Il n'existe pas de consensus sur la liste de ces charges.

On peut mentionner, dans les références les plus fréquemment citées, les congés de maternité (qui devraient être imputés à la branche famille¹⁶), certaines dépenses qui devraient être rattachées à la branche Accidents du travail¹⁷, les frais d'enseignement et de recherche exposés dans les Centres Hospitalo-Universitaires¹⁸, les exonérations de cotisations non compensées etc.

S'il conviendra par ailleurs de clarifier les charges respectives de l'assurance maladie et du risque dépendance, le Haut Conseil a été unanime à souligner que les soins des personnes âgées et handicapées doivent demeurer dans le champ de l'assurance maladie de droit commun.

c) dans le champ ainsi défini des régimes de base

De la consommation de soins et biens médicaux à la dépense résiduelle à la charge des ménages.

On passe de l'une à l'autre par l'enchaînement suivant

- la **dépense remboursable** est celle correspondant aux biens et services inscrits aux nomenclatures de l'assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital.
- la **dépense présentée au remboursement** est proche de la dépense remboursable (en sont exclues par exemple l'automédication ou les dépenses d'honoraires et de prescriptions qui ne font pas l'objet d'envoi des justificatifs aux caisses)
- la **dépense reconnue** est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires
- la **dépense remboursée** est égale à la dépense reconnue diminuée du ticket modérateur et du forfait journalier

¹⁶ C'est le cas des congés de paternité

¹⁷ Au-delà de la soulte déjà versée par la branche des AT à la branche maladie de la CNAMTS

¹⁸ Pour un membre du Haut Conseil, la taxe sur les salaires dans les hôpitaux ne devrait pas incomber à l'assurance maladie

	Indice	Montants (Md€)
CSBM	100	128,5
<i>Médicaments non remboursables, certaines lentilles oculaires, hébergement cures ...</i>	6,1	7,9
Dépense remboursable	93,9	120,6
<i>Médicaments remboursables non présentés au remboursement, soins non présentés au remboursement</i>	1,7	2,2
Dépense présentée au remboursement	92,2	118,4
<i>Dépassements</i>	4,4	5,7
Dépense reconnue	87,7	112,7
<i>Ticket modérateur, forfait journalier</i>	12,1	15,6
Dépense remboursée	75,7	97,1

Source : DREES, Comptes de la santé, 2001

c1) seule une partie des dépenses exposées par les ménages fait l'objet d'une prise en charge : la dépense reconnue

- seule la reconnaissance de l'utilité des biens et services par l'inscription dans les nomenclatures (principe de légitimité) ouvre droit à prise en charge

- pour autant que les dépenses de l'espèce soient présentées au remboursement

- et dans la limite des tarifs fixés par la sécurité sociale qui sont normalement ceux de la facturation aux usagers (principe d'opposabilité). Mais ce principe connaît deux exceptions : les dépassements de tarifs sur une prestation (c'est le cas par exemple du secteur II dans la médecine libérale) ou sur certains biens médicaux (notamment dans les soins dentaires et optiques).

La part des remboursements dans la CSBM est 76%, celle de la dépense reconnue dans la CSBM est 88% et la part des dépenses remboursées dans le champ du remboursable est 81%. C'est cette dernière donnée qui rend le mieux compte du choix collectif qui sous-tend le système de l'assurance maladie.

c2) la définition de la dépense reconnue constitue un enjeu stratégique pour l'assurance maladie et ce à un triple niveau

- L'ambition de l'assurance maladie est de suivre l'évolution des techniques. Il lui faut donc actualiser le périmètre de la prise en charge pour tirer tout le parti souhaitable du progrès dans la production et la mise en œuvre des biens et services médicaux ; en corollaire, déclasser les biens dont l'utilité est contestable et ne justifie pas l'admission à la prise en charge (le refus d'admission ne signifiant pas, *per se*, l'inefficacité du bien ou service en cause).

- Une bonne tarification s'impose : il s'agit d'assurer la rémunération d'un service de qualité sans que se constituent des rentes de situation.

- Il faut, pour la plupart des partenaires sociaux, « tenir » le principe d'opposabilité : cantonner¹⁹ (voire résorber) la zone des dépassements et d'adopter des tarifs réalistes (annexe 10). Pour d'autres, on pourrait accepter une zone plus importante de dépassements.

d) dans les régimes complémentaires

Le périmètre de l'assurance maladie complémentaire (AMC) est fortement dépendant des arbitrages des régimes de base

- l'AMC se cale *le plus souvent* sur le panier de biens et services de l'Assurance Maladie et

° prend en charge en tout ou partie les dépassements

° complète le caractère très limité des tarifs des régimes de base (notamment en dentaire et optique)

- mais on voit peu à peu les organismes complémentaires prendre en charge des biens et services qui ne figurent pas dans le « panier » du régime général ; de même, ils développent des services associés à la prise en charge (plate formes de conseil par exemple).

¹⁹ Tel a été le cas avec la suppression de la « fenêtre » d'ouverture au secteur II. Elle a été décidée lorsque on a jugé que la densité des praticiens à honoraires opposables du secteur I devenait trop faible dans certaines zones du territoire.

3) Les taux de prise en charge

a) dans les régimes de base

a1) le taux de prise en charge moyen est de 87%.

Les régimes de base prennent en charge 87% de la dépense reconnue.

Le taux de prise en charge varie selon le type de consommation : près de 97% pour les dépenses hospitalières ; près de 78% pour les soins ambulatoires...

Ce taux global résulte de la conjugaison de taux de remboursement élevés – appliqués à la totalité des assurés - et d'un puissant système d'exonérations – bénéficiant à la petite minorité des assurés qui exposent de fortes dépenses.

a2) le taux de prise en charge par les régimes de base a légèrement augmenté sur le long terme (voir annexe 11)

Le ratio actes avec ticket modérateur/actes sans ticket modérateur diminue en effet compte tenu

+ de l'augmentation de l'effectif et des dépenses relatives des assurés exonérés (notamment les ALD),

+ du poids des interventions qui requièrent une forte densité de main d'œuvre et d'équipements et de l'extension – souvent « jurisprudentielle » – du champ du K50.

Cette tendance fait plus que compenser l'effet sur le taux de prise en charge des « plans » de redressement qui ont comporté des augmentations de ticket modérateur.

Les Français ignorent cette évolution, la plupart d'entre eux n'étant sensibilisés qu'aux augmentations périodiques du ticket modérateur des soins de ville.

Il s'agit pourtant d'une tendance de fond dont l'incidence financière n'est pas négligeable (0,3Md€ par an sur les cinq dernières années).

a3) les taux de prise en charges sont indépendants du comportement des assurés

Il n'y a pas de modulation en fonction des pratiques – par exemple, pas de majoration des prises en charge des prothèses dentaires en fonction des actes préventifs antérieurs. D'autres pays ont fait des choix différents qui tiennent par exemple compte des actions de prévention au moment de la prise en charge.

Mais l'assuré ayant des comportements à risque supporte une majoration implicite de ses cotisations avec l'affectation à l'assurance maladie d'une partie des accises sur le tabac et l'alcool par exemple (annexe 12).

Pour de nombreux commentateurs, on devrait accroître ce type de recettes.

a4) l'assuré supporte un reste à charge dans le périmètre de la dépense reconnue. Il s'agit d'une part du ticket modérateur, d'autre part du forfait journalier

- le principe du ticket modérateur consiste à faire participer l'assuré aux dépenses et à freiner un éventuel abus dans le recours aux soins. Les taux du ticket modérateur sont différents selon les catégories d'actes ou de prestations, sans qu'on soit assuré que cette différenciation ait toute la rigueur logique souhaitable.

Ces taux restent modérés même si les modifications récentes ont plutôt consisté à les augmenter.

Compte tenu de la fréquence de recours aux soins de ville – plus de 90% des personnes protégées – le ticket modérateur est d'application très générale.

- le forfait journalier, instauré en 1983, est appliqué en cas d'hospitalisation (l'assuré supporte la plus élevée des deux charges, ticket modérateur de 20% ou forfait). A l'origine, le forfait est supposé couvrir l'équivalent des dépenses que la personne hospitalisée aurait dû exposer si elle vivait chez elle. Il est actuellement de 13€ par jour pour le taux de référence²⁰.

- Ce système de restes à charge connaît deux catégories d'exceptions majeures, à raison de la nature de certains actes d'une part, de la situation personnelle de certains assurés d'autre part :

- 1) ***certaines actes sont exonérés du ticket modérateur*** : le critère essentiel est ici le coût de l'acte (actes en K et actes associés dont le coefficient technique est supérieur à 50 – soit 98,5€ – ; séjour hospitalier supérieur à 30 jours, etc.). Il est difficile d'évaluer le coût de ce régime. On l'estime à 3,3Md€ (cf. l'annexe 13 qui recense les exonérations et les coûts qui leur sont associés). Mais cette évaluation sous estime le poids de ce régime dans la mesure où le motif d'exonération à titre personnel – par exemple en cas d'ALD – est passé par préciput : du coup tel acte qui aurait été exonéré au titre du K50 est classé sous d'autres motifs d'exonération.
- 2) ***certaines assurés bénéficient d'une exonération du ticket modérateur***. Ces exonérations ne sont liées à la modestie des revenus que de façon marginale. Il s'agit des bénéficiaires du minimum vieillesse qui bénéficient depuis longtemps d'un régime préférentiel de taux (sauf pour la pharmacie). On peut par assimilation classer dans cette rubrique les bénéficiaires de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire), bien qu'il faille souligner que le montage ne repose pas sur un mécanisme d'exonération mais sur une prise en charge gratuite d'une « couverture complémentaire d'ordre public ».

Les exonérations statutaires sont donc consenties à tous les assurés quel que soit leur revenu. Elles concernent principalement :

- les assurés reconnus atteints d'une maladie longue et coûteuse, les ALD (affections de longue durée ; annexe 14). On se trouve devant une situation très spécifique : gravité de la maladie qui exige qu'on s'assure que les soins dispensés sont de bonne qualité ; dépense élevée soit parce que la maladie requiert des soins lourds soit parce que le ticket modérateur pour une accumulation d'actes se révélerait coûteux ; forte durée sous ce statut. L'importance des dépenses explique que l'admission au régime ALD soit contrôlée par le service médical des caisses. La durée du statut explique de même que l'admission en ALD fasse l'objet d'un réexamen (en principe au bout de cinq ans). Enfin le souci de vérifier que les soins sont de bonne qualité justifie qu'on associe à l'admission au régime l'établissement – contradictoire entre le médecin conseil et le médecin traitant – d'un protocole de soins.

Le régime des ALD est un enjeu majeur pour l'assurance maladie : il concerne plus de 12% des personnes assurées, mobilise 48% des dépenses de soins. Le coût direct de l'exonération (différentiel de taux de prise en charge par rapport au droit commun) est difficile à établir. Avec la

²⁰

Il est plus faible (9€) pour les prises en charge par les hôpitaux psychiatriques

réserve indiquée ci-dessus sur le caractère précipitaire des exonérations « personnelles », ce qui a pour effet d'en surestimer le coût, on peut l'estimer à 11Md€.

- les autres catégories d'exonérations consenties en fonction du statut sont de faible ampleur. Citons notamment les accidentés du travail et leurs ayants droit (la gratuité est associée à la conception « réparatrice » de l'accident de travail) ; les femmes enceintes au nom de la protection de la santé de la mère et de l'enfant...

Il est difficile d'établir le montant et la répartition de ces exonérations.

On peut grossièrement calculer leur montant direct, mécanique : c'est le différentiel de taux de prise en charge appliqué aux consommations. Mais ce calcul à comportement donné sous estime vraisemblablement le coût réel dans la mesure où le recours aux soins serait moindre si les assurés devaient supporter le reste à charge de droit commun.

Sous cette réserve, on peut estimer le coût direct des exonérations à 18Md€, soit 18% de la dépense remboursée.

Quant à la répartition des exonérations par motifs, on a indiqué plus haut qu'elle était largement conventionnelle, les dépenses pouvant être exonérées au titre de plusieurs motifs à la fois (ALD/K50 par exemple).

L'annexe 13 ne donne ainsi qu'une vision très approchée des différents régimes d'exonération par motif.

a5) l'assuré supporte les dépassements

Ces dépassements concernent pour l'essentiel la rémunération de certains professionnels de santé, les soins de réparation en dentaire et la lunetterie/optique.

Ils représentent de l'ordre de 6 Md€, soit 4,8% de la dépense présentée au remboursement.

Ce sont les ménages les plus aisés et/ou ceux qui disposent des couvertures complémentaires les plus développées qui ont le plus recours à des soins impliquant des dépassements.

Mais, dans certaines zones du territoire et dans certaines spécialités, le nombre de médecins en secteur I est restreint. Enfin, accéder à des prothèses dentaires et des lunettes de qualité implique des dépassements. Tous les dépassements ne sont donc pas facilement « contournables ».

a6) le reste à charge (RAC) (avant intervention des couvertures complémentaires). Voir annexe 15

Le RAC est la somme du ticket modérateur, du forfait journalier et des dépassements.

- par recoupements de différentes méthodes d'estimation (enquête sur données individuelles ou Comptes Nationaux de la Santé) il est évalué à environ 330€ par personne protégée en 2001, se décomposant comme suit :

° Ticket modérateur : 205€ par personne protégée en 2001

° forfait journalier : 31€

° Dépassements : 95€

- il est relativement indépendant du revenu des ménages ; mais les ménages aisés supportent en proportion une charge de dépassements plus importante

- il varie sensiblement selon les ménages (mais beaucoup moins que la dépense présentée au remboursement). Il est ainsi en moyenne de 185€ par personne, dépassement inclus, pour 80% de la population et de 900€ par personne par an pour les 20% restants.

Malgré le régime des exonérations – notamment les dispositifs K50 et ALD - certains assurés supportent encore un reste à charge élevé, soit pour un épisode de soins unique mais coûteux (hospitalisation de moins de 30 jours sans référence à un acte exonérant au titre du K50 par exemple), soit sur une longue durée lorsqu'il y a des soins chroniques (annexe 16).

a7) le taux d'effort des ménages

C'est le ratio RAC/revenu.

Il est dans l'ensemble modéré :

- dans l'absolu
- et quand on le compare à celui que les ménages supportent pour d'autres fonctions de consommation (logement, dépendance, garde des enfants...).

Le taux d'effort en 2000 est, selon les diverses approches mises en œuvre par le CREDES, compris entre 2,3% et 4,8%. L'approche qui semble la plus pertinente au Secrétariat du Conseil (reste à charge sur revenu du ménage) donne une estimation de 2,3%.

Mais ce résultat moyen ne rend qu'un compte très imparfait de la réalité. En effet,

- comme le RAC moyen est à peu près indépendant du revenu, le taux d'effort est élevé pour les ménages les plus modestes et diminue régulièrement avec le revenu pour devenir négligeable pour les ménages les plus aisés. Ainsi, le RAC rapporté au revenu du ménage passe de 14,9% pour les 5% d'assurés les plus pauvres à 1,5% pour les plus riches.

- à chaque niveau de revenu, le taux d'effort des assurés est dispersé. De ce fait, il est des situations où il est déjà significatif même pour des ménages de revenus élevés d'une part et difficilement supportable pour des ménages modestes d'autre part.

Ainsi, le taux d'effort (RAC sur revenu du ménage) est inférieur à 2% pour 69% des ménages, compris entre 2 et 5% pour 19%, compris entre 5 et 10% pour 8% et supérieur à 10% pour 4% des assurés. Pour les assurés les plus pauvres, ces chiffres sont respectivement de 42, 17, 17 et 24%.

L'existence de ce RAC constitue un facteur d'appel au développement d'une couverture complémentaire

b) dans les assurances complémentaires

- les organismes AMC couvrent une part très élevée du RAC : dans la quasi-totalité des cas le ticket modérateur et le forfait journalier qui représentent 70% du RAC en moyenne ; une forte proportion des dépassements. Cette situation est très spécifique à la France et à l'Allemagne²¹ : dans les autres pays de l'OCDE, la part des dépenses restant à la charge directe des ménages est systématiquement supérieure à celle couverte par les organismes complémentaires.

²¹ Les Etats-Unis sont également dans cette situation. Mais pour ce pays, ceci résulte essentiellement de la part importante des mécanismes de mutualisation privée dans le financement des dépenses de santé.

- mais cette prise en charge est inégale : le niveau de garantie est fortement variable en fonction notamment du prix d'acquisition de l'assurance (annexe 8).

- la tendance des organismes complémentaires est de valoriser, dans leur stratégie de diffusion, le thème du « tout remboursé ».

- lorsque on augmente la participation des assurés dans les régimes de base (augmentation des tickets modérateurs ou du forfait journalier), on constate que la plupart des assureurs complémentaires « prennent le relais ». Cette compensation systématique peut résulter de la demande des assurés – et des partenaires sociaux pour les contrats en entreprise - de la stratégie des assureurs, de la difficulté pour eux de revenir sur les clauses contractuelles qui prévoient la couverture du ticket modérateur ou de l'impossibilité d'obtenir des renseignements suffisamment fins sur les prescriptions pour ajuster leur prise en charge.

c) la diffusion du tiers payant

- l'avance de frais constituait à l'origine le principe du système de prise en charge

- le tiers payant s'est ensuite régulièrement diffusé ; le déploiement de la carte Vitale accentue cette tendance (annexe 17). Mais le taux de tiers payant varie avec le type de biens ou services. Ce taux est faible pour le recours aux médecins, qui sont la « porte d'entrée » majeure du système de soins.²²

- Il est difficile d'apprécier l'incidence du tiers payant sur le recours aux soins. L'étude du CREDES (annexe 18) semble montrer qu'il facilite le recours aux soins pour les ménages les plus modestes sans avoir d'influence sur la consommation des autres ménages. Cette « facilitation » est jugée positive par de nombreux commentateurs.

d) le taux consolidé de prise en charge (régimes de base + complémentaires)

- il est très élevé : de l'ordre de 96% de la dépense présentée au remboursement ; le RAC final est très bas : de l'ordre de 80 euros par personne et par an.

- Le taux d'effort moyen régresse à 1,4%, avec une dispersion certes réelle mais moindre que dans le régime général *stricto sensu*.

e) conclusions

1) Au moment de se soigner, la plupart des ménages savent que le recours aux soins est facile (du fait du tiers payant) et que la dépense qui reste en définitive à leur charge est nulle ou marginale²³.

Il n'y a pas beaucoup de données incontestables et récentes sur l'influence du taux de prise en charge socialisée sur les dépenses et sur l'état de santé.

Mais pour nombre de commentateurs, un haut degré de socialisation entraîne des effets pervers de surconsommation (annexes 19 et 20) ; par ailleurs les gains en termes de santé ne sont pas caractérisés sauf pour les ménages les plus modestes. Ils en concluent que l'exonération totale dans les régimes de base d'une part, l'intervention des assurances complémentaires venant effacer les tickets

²² Pour certains, l'avance de frais est un des facteurs qui expliquent la fréquence du recours à l'hôpital, notamment dans les services d'urgence

²³ Il va de soi qu'ils ont payé des cotisations !

modérateurs d'autre part devraient être contenues. Mais la logique de l'assurance rend difficile des systèmes de ticket modérateur d'ordre public (supposés freiner un abus de recours aux soins). Les assureurs complémentaires n'ont pas, par ailleurs, l'obligation de proposer des tarifs, actuariellement neutres, ouvrant la gamme des prestations offertes.

2) Compte tenu de la dispersion des consommations de soins, un petit nombre de ménages supporte un RAC ultime significatif et, parmi eux, certains voient leur budget fortement sollicité.

3) Pour les ménages les plus modestes, l'existence d'un RAC significatif, *a fortiori* si il y avance de frais, peut encore les dissuader de se soigner ou de se bien soigner.

f) L'intervention de deux « payeurs » sur les mêmes actes est quasi systématique

Cette superposition

- est coûteuse (on cumule les frais de gestion des régimes de base et les frais de chargement des assureurs complémentaires). Rappelons que le taux de gestion de la branche maladie est d'environ 5%, somme à majorer d'une partie du coût des URSSAF et que le taux de chargement des organismes complémentaires (frais de recouvrement inclus) est de l'ordre de 15%. Le taux consolidé de gestion est ainsi de l'ordre de 8%.

- pose des problèmes de coordination en matière de paiement, d'information et de gestion du risque qui seront examinés dans les pages suivantes.

4) L'expérience des pays étrangers (*annexe 21*)

A partir de systèmes de prise en charge qui pour beaucoup, ne diffèrent pas radicalement du nôtre en niveau global de remboursement, les pays étrangers sont tous engagés dans une politique d'ajustements qui resserrent les conditions de remboursement et soulagent les régimes obligatoires. Pour diminuer la prise en charge publique, sans solliciter trop les ménages qui exposent les plus fortes dépenses – *a fortiori* lorsque leur revenu est faible-, ils mettent souvent en œuvre des mécanismes de franchise ou de plafonnement du reste à charge (fixé, le cas échéant, en fonction du revenu).

La franchise a comme particularité remarquable de ne pas peser sur les assurés en proportion de leurs dépenses. Le plafonnement du ticket modérateur épargne, toutes choses égales par ailleurs, les ménages ayant de fortes dépenses de soins.

Sous-section 3-2 la prise en charge des arrêts de travail

Dans le régime général

1) Le dispositif

a) le régime de base

- Il existe des conditions de durée de travail/cotisations pour l'ouverture du droit à indemnisation ; elles ne constituent pas une barrière d'entrée élevée.

- Une franchise de trois jours est appliquée²⁴ ; le coût pour un salaire moyen est d'environ 170€. La franchise au titre des IJ peut se révéler nettement supérieure au RAC (dans les prestations en nature) pour la petite minorité des salariés fréquemment arrêtés.

- L'arrêt de travail fait l'objet d'une prise en charge, au-delà de la franchise, par une indemnisation

- ° proportionnelle au salaire brut (principe cohérent, en termes d'assurance, avec le montant de l'indemnisation),
- ° dans la limite du plafond de la sécurité sociale,
- ° au taux de 50% ; ce taux est porté à 68,66% pour les arrêts d'une durée supérieure à 30 jours lorsque le salarié a trois enfants à charge (IJ majorées),
- ° au taux de 51,49% pour les IJ longues en cas d'arrêt de travail supérieur à six mois (avec, pour les IJ versées au titre de la maladie de longue durée pour le motif ouvrant droit à une prise en charge à 100%, un statut fiscal préférentiel qui accroît sensiblement le taux de remplacement réel, notamment compte tenu de la rétroaction de la non imposition des IJ sur le calcul des aides au logement),
- ° avec un minimum de 7,8€/jour et 10,41€/jour pour les IJ majorées (ce taux correspond à un salaire brut de 234€ - 347€). Le minimum est donc très bas (on constate très normalement que l'application de la règle du minimum ne concerne que 0,2% du nombre des IJ)²⁵,
- ° dans la limite de 360 IJ pendant une période de 3 ans. La durée est de 3 ans maximum en cas d'ALD, de soins ou d'interruptions d'activité supérieurs à 6 mois.

Compte tenu du taux préférentiel de CSG (6,2%), le taux de remplacement net/net s'établit à 60% (80% pour les IJ majorées) lorsque l'assiette est inférieure au plafond ; au-delà, le taux baisse régulièrement avec le salaire.

²⁴ En cas de rechute au titre d'une ALD, la franchise de 3 jours ne s'applique qu'au premier arrêt de travail.

²⁵ On retrouve la logique de ces minima dans d'autres branches de la protection sociale : en matière de vieillesse (minimum vieillesse ; minima de pensions de droit direct et de réversion) ou de chômage (minimum de l'ancienne AUD par exemple).

- Les IJ sont financées par une partie des cotisations « ordinaires », donc avec les caractéristiques générales relevées dans le domaine des prestations en nature ²⁶ (indépendante de l'état de santé, de l'âge, du secteur d'activité du salarié, du taux d'arrêts dans l'entreprise...)

b) le complément légal à la charge de l'employeur

- Il est obligatoirement versé à tout salarié justifiant d'au moins trois ans dans l'entreprise lorsqu'il ne relève d'aucune convention collective, accord de branche ou d'entreprise,

- Il n'est versé qu'au-delà d'un délai de carence de 11 jours,

- Il vient compléter l'IJ à hauteur de 90% du salaire brut pendant 30 jours, puis à 66% pendant les 30 jours suivants, ces durées pouvant être prolongées de 10 jours chacune par tranche de 5 ans d'ancienneté dans la limite de 90 jours chacune.

c) les dispositifs conventionnels

- Ils ont souvent pour objet :

° d'effacer le plafond ou les conditions d'ancienneté minimale,

° de prendre en charge la franchise,

° d'augmenter le montant et/ou la durée de l'indemnisation ; l'augmentation est le plus souvent modulée en fonction de la durée d'activité antérieure à l'arrêt de travail.

- Le taux de diffusion des couvertures, la variation du niveau des garanties, le partage de la cotisation entre le salarié et l'entreprise devraient faire l'objet d'études plus systématiques permettant de connaître mieux les conditions réelles d'indemnisation des arrêts de travail.

d) l'annexe 22 décrit l'évolution du taux de remplacement avec la durée de l'arrêt de travail dans les deux premiers étages du système

On peut en conclure que :

- l'indemnisation des arrêts de travail assure, dans la majeure partie des cas, un taux de remplacement élevé. Le complément éventuel dans le troisième étage renforce ce constat. Pour beaucoup de commentateurs, cette couverture entraîne un abus dans les arrêts de travail (que les procédures de contrôle ont peine à contenir),

- le taux de remplacement diminue sensiblement pour les arrêts longs, alors que la situation financière de l'assuré se dégrade.

2) Fréquence et durée des IJ

- 26% des assurés ont connu au moins une fois un arrêt maladie indemnisé dans l'année (pour 70% une seule fois, 21% deux fois, 9% trois fois au moins).

- La durée moyenne des arrêts est de 29 jours en 2000. 40% sont des arrêts de moins de huit jours (NB : comme la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ne

²⁶

A la différence des cotisations AT qui tiennent compte des caractéristiques du secteur ou de l'entreprise.

connaît pas les arrêts de moins de trois jours, la fréquence des arrêts « courts » est plus élevée). On ne compte que 3% d'arrêts de plus de 6 mois (soit 0,9% des salariés).

- La fréquence et la durée des arrêts augmentent avec l'âge des assurés, mais pas de façon radicale. Le vieillissement de la population active a donc pour effet, toutes choses égales par ailleurs, d'accroître la charge des IJ.

- 31% des assurés ayant un arrêt de travail ont eu un total d'IJ inférieur à 8 jours et ont reçu 4% des montants versés tandis que 4,5% des assurés ayant totalisé un nombre d'IJ supérieur à 6 mois ont contribué à 43% de la dépense.

- Les IJ de longue durée (celles qui interviennent après six mois) ne représentent que 12,8% en nombre et 9,3% en montant des IJ (l'écart entre les références en durées et charges relatives montre que ce sont les salariés les plus modestes qui sont en IJ « longues » puisque leur poids relatif est faible, malgré l'augmentation du taux d'indemnisation à compter du 7^{ème} mois). Mais, bien entendu, si on leur rapporte les charges d'IJ intervenues avant le septième mois, leur part dans la dépense est beaucoup plus forte.

3) Les charges financières

Les versements se sont établis en 2001 (chiffres provisoires) à 7,7Md€ (hors versements directs – Etat et GEN, grandes entreprises nationales) dont 65% à la charge des régimes de sécurité sociale, 21% à celle des régimes d'employeurs et 14% à celle des régimes d'assurance (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance).

Ils ont crû de 53% entre 1990 et 2001.

Lorsqu'on déflate ce taux de la croissance de l'évolution du salaire brut moyen (accroissement de 37% sur la même période), l'évolution est alors de 1% par an, plus représentative de l'évolution réelle. Mais, dans ce résultat de moyenne période, on voit se succéder une phase de quasi stabilité puis une forte envolée ces deux dernières années.

La forte poussée des IJ dans les dernières années a fait l'objet de premières analyses, notamment par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances dans leur rapport commun d'octobre 2003. On en trouvera une synthèse en annexe 23

Dans les autres régimes

Voir l'annexe 22.

Section 4 Le financement

1) Présentation du schéma de financement

a) l'essentiel ²⁷ de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est partagée entre les régimes de base, les assurances complémentaires et les ménages dans les proportions suivantes :

Assurance maladie obligatoire	Assurance maladie complémentaire	ménages
75,7%	12,3%	11%

Mais, on l'a vu plus haut, une bonne partie de la part de la CSBM supportée par les ménages est liée à la consommation de biens et services dont l'assurance maladie de base n'a pas reconnu la légitimité (6,1% de la CSBM concerne des biens et services « hors nomenclature ») d'une part, à la petite fraction de la dépense remboursable non présentée au remboursement (1,7% de la CSBM, essentiellement de l'automédication) d'autre part.

b) évolution

Sur le long terme, on constate une relative stabilité de la part des régimes de base. La Sécurité sociale couvrait 76,3% des dépenses en 1990, 75,7% en 1995 et 2002. Dans les Comptes nationaux de la santé, on ne distingue les ménages des institutions de prévoyance et des assurances que depuis quelques années seulement. En 1992 la part des ménages était de 12,4%, elle était de 10,6% en 2002 soit une baisse de près de 2 points avec une montée corollaire des régimes complémentaires.

2) Le régime de base

a) la structure des recettes

a1) les recettes assises sur le revenu d'activité sont très majoritaires

- les cotisations patronales et la CSG représentent ainsi 89% des produits du régime général d'assurance maladie en 2003, (dont 58,1 Md€ de cotisations sociales, 33,45 Md€ de CSG et 6,5Md€ de contribution du FOREC, assimilable aux cotisations),

- ces cotisations sont déplafonnées (principe de proportionnalité),

- elles sont assises sur la totalité de la rémunération brute. Toutefois une partie des rémunérations (ou d'éléments du statut salarial qu'on pourrait qualifier de rémunérations) est soustraite de l'assiette des cotisations. On peut notamment citer parmi les exceptions au principe de l'universalité de l'assiette :

²⁷ Il subsiste une part désormais marginale à la charge de l'Etat, notamment au titre de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

+ dans les trois fonctions publiques, les primes (mais aussi le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence) qui ne font pas partie de l'assiette. On a étendu en effet aux cotisations AF et maladie l'assiette retenue pour la retraite (le salaire brut indiciaire, référence cohérente avec le mode de calcul des pensions calé sur le traitement). Cette option est discutable car elle rompt avec le principe selon lequel la parité des prestations doit logiquement être associée à la parité de l'effort contributif. On ne dispose pas d'estimation fiable des recettes qui résulteraient d'une extension de l'assiette dans les fonctions publiques²⁸ (déduction faite des dépenses que supporterait l'assurance maladie du fait du renchérissement des cotisations sociales des agents de la fonction publique hospitalière). La hausse des cotisations liée au redressement des assiettes pourrait se situer entre 1,5 et 2Md€ pour l'assurance maladie.

+ les sommes consacrées à la participation et à l'intéressement sont exclues de l'assiette. Dans son rapport sur la sécurité sociale, la Cour des comptes chiffre l'exonération totale à 4Md€, dont 70% pour le régime général ; la part revenant à l'assurance maladie serait alors de 1Md€²⁹

+ la contribution patronale aux cotisations de retraite et de prévoyance qui est exclue de l'assiette dans des limites assez larges (dans le rapport précité, la cour chiffre l'exonération à 8Md€, dont 5,6 pour le régime général ; la part revenant à l'assurance maladie serait alors de 2,6Md€)³⁰

- le taux des cotisations est normalement indépendant des caractéristiques de l'entreprise (taille, secteur, localisation),

- le taux de cotisation est normalement indépendant du niveau de salaire et de la durée du travail.

Cependant on a connu sur les vingt dernières années une profonde évolution sur ces deux derniers principes avec la différenciation des cotisations en fonction des caractéristiques économiques et sociales de territoires ou de secteurs d'une part, avec l'abaissement ciblé du coût du travail, abaissements sélectifs propres à certaines catégories de travailleurs ou abaissement des charges sociales pour les emplois de faible qualification d'autre part. La diffusion des techniques d'exonération ou de taux préférentiels avait comme effet immédiat et mécanique de diminuer les recettes de la sécurité sociale. L'incertitude sur les effets indirects de ces politiques et le besoin constant de trouver des recettes explique que les gestionnaires de la sécurité sociale aient obtenu que l'institution des régimes d'exonération fasse l'objet d'une compensation (loi de 1994).

En longue période, les cotisations assises sur le revenu d'activité ont fortement progressé avec l'augmentation des taux et le déplafonnement (un point déplafonné dans le régime général vaut 1,21 fois le point plafonné et le produit du déplafonnement représente 9,22Md€, soit 8,4% du total des recettes 2003, hors reprise des provisions).

²⁸ On devrait aussi vérifier si le taux de cotisation sur lequel est établi le compte du régime spécial maladie de la fonction publique est homogène avec celui du régime général à identité de champ (notamment après déduction des dépenses de prestations en espèces)

²⁹ La participation et l'intéressement bénéficient par ailleurs d'un statut fiscal favorable. La Cour des Comptes chiffrait la dépense fiscale à 1Md€.

³⁰ La protection sociale en entreprise bénéficie par ailleurs d'un statut fiscal favorable. La Cour des Comptes chiffrait la dépense fiscale à plus de 3Md€.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution de la cotisation patronale depuis 1967 (auparavant une même cotisation couvrait les branches maladie et retraite),

	Points sous plafond	Equivalent en points déplafonnés	Points déplafonnés	total
1967	9,5	7,88	2	9,88
2003			12,8	12,8

soit une augmentation de 30%.

Quant à la contribution des salariés, on passe d'une cotisation de 2,5 points sous plafond et 1 point déplafonné, soit un total de 3,07 en points déplafonnés à une cotisation déplafonnée de 0,75 combinée à une CSG au taux de 5,25%³¹. L'augmentation de la contribution salariale est ainsi de 79%.

a2) les recettes assises sur les revenus de remplacement

Elles interviennent assez tardivement dans l'histoire de la sécurité sociale (1979 sur les retraites ; 1982 sur les indemnités de chômage). La CSG se substitue ensuite aux cotisations. Mais on a, dès l'origine de la CSG en 1991, institué un large régime d'exonérations et de taux privilégié³² pour les retraites et les indemnités de chômage. La DSS évalue à 6,6Md€ la perte de recettes de la CSG (dont 63% pour la branche maladie). Il convient de rapporter ce chiffre au rendement de la CSG assise sur les revenus de remplacement évaluée à 9,54Md€. Certains membres du Haut Conseil considèrent qu'une modification des taux n'est pas justifiée compte tenu, à leurs yeux, des règles d'indexation (par exemple, les recettes sont indexées sur les prix et non sur les salaires).

a3) les autres recettes restent très minoritaires

Sur les 110,3 Md€ de recettes du régime général d'assurance maladie en 2003 (hors reprise de provisions), les impôts et taxes affectées (taxes alcools, taxes tabacs, taxes médicaments) s'élèvent à 2,2 Md€ en 2003 et la CSG assise sur les revenus du patrimoine et les produits de placements représente environ 4,2 Md€.

Une majorité de membres du Haut Conseil estime que le système de recettes de la branche maladie souffre d'une opacité condamnable et que les flux financiers complexes entre l'Etat et les régimes de base ont privé – voire, privent encore – ces régimes d'une partie des recettes qui devraient leur être affectées. Pour certains, les opérations de « sortie » du FOREC sont contestables.

On trouvera en annexes 24 et 25 une série de tableaux sur l'évolution de l'affectation des accises alcool/tabac et les flux Etat/régimes de base.

Une partie des membres du Haut Conseil ont souligné que l'affectation à la branche maladie de telle ou telle recette « jugée » lui revenir « légitimement » (tout comme la reprise par l'Etat de charges jugées « indues ») ne ferait que déplacer entre agents les problèmes aigus d'équilibre des finances publiques qui constituent un ensemble global tout aussi pertinent pour le pilotage des politiques publiques que les bilans financiers propres à chaque agent.

³¹ L'assiette de la CSG représente 95% des revenus salariés, des allocations de chômage, des allocations de solidarité spécifique, des allocations d'insertion et des allocations équivalent retraite. Les autres revenus de remplacement (préretraites, indemnités journalières, pensions de retraite et d'invalidité) ne bénéficient pas de cet abattement de 5% (assiette = 100% des revenus), mais des taux spécifiques ont été mis en place (6,2% ou 3,8% suivant la nature des allocations et/ou leur montant)

³² Rappelons que par ailleurs, à revenu égal, les personnes âgées bénéficient, par rapport aux salariés, de fortes dépenses fiscales (voir sur ce point le dernier rapport du Conseil national des impôts).

b) comme les dépenses ne sont guère liées au revenu mais à l'état de santé, à l'âge et au nombre de personnes protégées par assuré, le système de l'assurance maladie met en œuvre des transferts puissants :

- des ménages aisés vers les ménages modestes.

Ce résultat se vérifie

° sur une année « courante » dans la mesure où la dépense remboursée par les régimes de base est plutôt décroissante avec le revenu (l'écart de consommation brute signalé ci-dessus est amplifié par l'écart de taux de prise en charge dans la mesure où les dépenses d'hospitalisation qui sont plus importantes dans la dépense de soins des CSP les plus modestes sont les mieux remboursées) alors que la cotisation est proportionnelle au revenu

° sur la durée de vie. Certes les assurés des CSP cadres et professions intellectuelles ont une espérance de vie plus longue et ce « surplus » d'années se traduit par un « surplus » de dépenses. Mais cet écart est loin de compenser l'écart de dépenses remboursées sur le reste de leur vie et sur leur apport en recettes.

- des bien portants (qui sont surtout les adultes d'âge actif) vers les malades,

- des jeunes vers les plus âgés,

- en faveur des familles nombreuses.

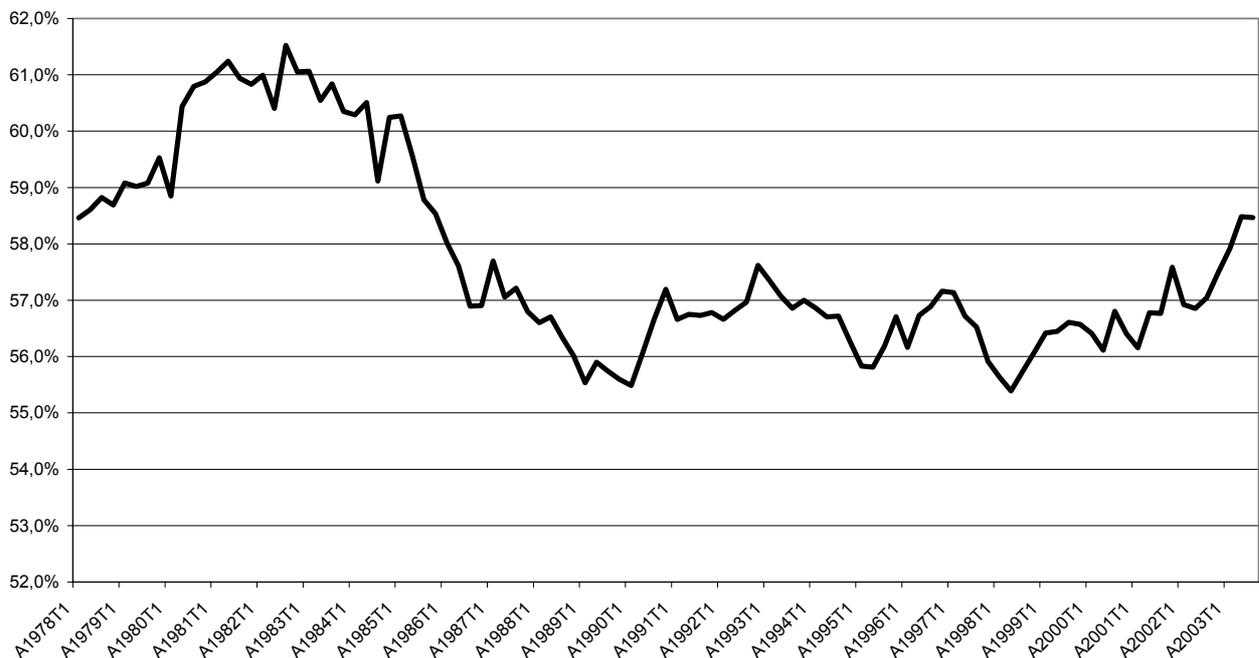
c) la structure des recettes professionnelles ne tient que par l'appartenance obligatoire au régime

Dans un régime d'assurance, la logique de la facturation au risque, même tempérée, aboutit à une structure très différente de la cotisation (relative indifférence au revenu, prise en compte du nombre de personnes protégées, de l'âge...)

d) le dynamisme des recettes : évolution par rapport à la richesse nationale

La masse salariale qui constitue le poste le plus important des recettes, évolue comme suit :

Part de la rémunération salariale dans la valeur ajoutée des sociétés non financières et entrepreneurs individuels (SNFEI)



3) Les régimes complémentaires : structure des cotisations et sources de financement

Les couvertures complémentaires offrent des niveaux de qualité très différents.

A côté d'un noyau dur quasi général (la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier), les contrats diffèrent sur le taux de couverture des dépassements, les indemnités journalières complémentaires et les prestations prises en charge dans les secteurs dentaire et optique. Le coût d'acquisition des couvertures est donc éminemment variable.

On constate une corrélation imparfaite mais solide entre la qualité des contrats et leur origine d'une part (les couvertures collectives offrent des garanties en moyenne meilleures), la qualité des contrats et le revenu des bénéficiaires d'autre part (en entreprise, les cadres ont souvent des garanties de meilleur niveau; en couvertures individuelles, les ménages aisés souscrivent des contrats de meilleure qualité).

a) la structure des cotisations : la prise en compte plus effective du risque dans la tarification

De façon très générale, les contrats de complémentaire santé ne tiennent pas compte de l'état de santé et des antécédents médicaux des assurés. Mais, sur les autres paramètres, on constate que la tarification suit la logique de l'assurance. Il existe toutefois des différences profondes entre les familles de contrats et les assureurs complémentaires

a1) dans les contrats collectifs

- la « pesée du risque » définit le prix du contrat ; dans l'examen de l'entreprise, l'assureur prend en compte les caractéristiques économiques, sociales et démographiques du personnel,
- ensuite on passe à l'imputation sur la feuille de paie :
 - + sans tenir compte du revenu pour un niveau de couverture donné (mais le taux de contribution de l'entreprise peut varier selon les catégories cadres/non cadres par exemple)
 - + sans tenir compte de l'âge du salarié au sein de sa catégorie d'appartenance
 - + en tenant éventuellement compte du nombre des personnes protégées.

a2) dans les contrats individuels

- dans la majeure partie des cas, on ne prend pas en compte le revenu (mais on connaît des exceptions : de caractère modéré comme à la MCF ou de façon plus radicale à la MGEN avec la proportionnalité salaire/montant de la prime ³³)
- le nombre de personnes protégées est pris en compte
- il en est de même de l'âge

³³ Il est vrai que le revenu des enseignants progressant avec leur âge, la modulation en fonction du revenu recouvre largement une modulation avec l'âge.

b) le financement

Il existe des différences substantielles entre les couvertures collectives en entreprises et les couvertures individuelles.

Les premières ont très tôt été reconnues comme participant de la légitimité des assurances de base ; les cotisations qui les financent ont largement le même statut que les cotisations de ces régimes (il en est de même des régimes complémentaires de retraite et de l'indemnisation du chômage). Les secondes sont considérées comme des emplois banals de leur revenu par les ménages.

C'est pourquoi

- les cotisations qui financent les premières sont largement exonérées sur les plans fiscal et social. Le revenu sur lequel les cotisations des secondes sont prélevées supporte par contre les prélèvements sociaux et fiscaux de droit commun
- le statut fiscal et social privilégié des couvertures collectives ne leur est accordé que si elles satisfont à certaines obligations qui renvoient aux principes qui gouvernent les régimes de base : caractère obligatoire du contrat de couverture pour l'ensemble des salariés (condition pour bénéficier de l'exonération fiscale) ; non discrimination ; pas ou peu de conditions de stage, pas de prise en considération de l'état de santé... Mais ces clauses sont limitées et pour l'essentiel les entreprises et les gestionnaires de l'assurance complémentaire sont libres du contenu des contrats.

b1) les couvertures en entreprise (champ UNEDIC)

Pour les couvertures collectives des salariés du secteur privé, trois sources de financement se conjuguent : la cotisation est partagée entre le salarié et l'entreprise, le plus souvent selon une clé de 50 à 60% pour l'entreprise ; mais le coût du contrat est abaissé par des concours publics importants

- l'étendue des concours publics

- le régime des exonérations sociales : la contribution patronale est exonérée de cotisations sociales au titre du régime général et des régimes complémentaires de retraite et de chômage, soit à un taux de 53% (taux variant peu avec le niveau de revenu). L'exonération est plafonnée mais à un niveau peu contraignant

- le régime fiscal favorable n'est consenti que si le régime d'entreprise est obligatoire pour l'ensemble du personnel (ou de catégories de personnels). Dans ce cas, les contributions patronales et salariales ne rentrent pas dans l'assiette de l'impôt sur le revenu. Le concours public est donc égal à l'assiette multipliée par le taux marginal d'imposition du salarié. Il fait l'objet d'un plafonnement de faible incidence. La Loi de finances pour 2004 durcit ce régime fiscal.

- les contrats santé sont pour l'essentiel exonérés de la taxe sur les contrats d'assurances,

- la contribution patronale supporte en revanche une contribution spéciale de 8% versée à l'ACOSS (sauf sur la partie des cotisations afférente aux prestations en espèces),

- les contrats santé supportent au titre de la CMUC un prélèvement de 1,75% de la valeur des cotisations.

Au total, et par rapport à une situation de référence où l'entreprise verserait un supplément de salaire assujéti aux conditions sociales et fiscales de droit commun, le taux de concours publics est élevé : de l'ordre de 50% dans les contrats obligatoires et 25% dans les régimes facultatifs selon le rapport précité de la Cour des Comptes.

- essai de chiffrage

Il subsiste de nombreuses incertitudes sur la masse des cotisations, la part obligatoire des couvertures, le partage de la cotisation entre le salarié et son entreprise, la répartition des cotisations en fonction du taux marginal d'imposition des bénéficiaires. Elles rendent difficile le chiffrage des concours publics.

On a rendu compte plus haut des travaux menés par la Cour des Comptes en 2001.

b2) les contrats Madelin permettent aux assurés des professions non salariées de déduire une partie de leurs cotisations de leur bénéfice (annexe 26)

b3) les couvertures individuelles

Elles ne font l'objet d'aucun concours public à l'exception de l'exonération de la taxe d'assurance.

Les contrats supportent au titre de la CMUC un prélèvement de 1,75% de la valeur des cotisations

Les ménages qui les souscrivent supportent donc des coûts d'acquisition beaucoup plus élevés que les salariés.

Section 5

Situation financière

1) L'assurance maladie connaît un déficit récurrent ; la situation actuelle est marquée par l'existence d'un déficit très important, partiellement lié à la conjoncture

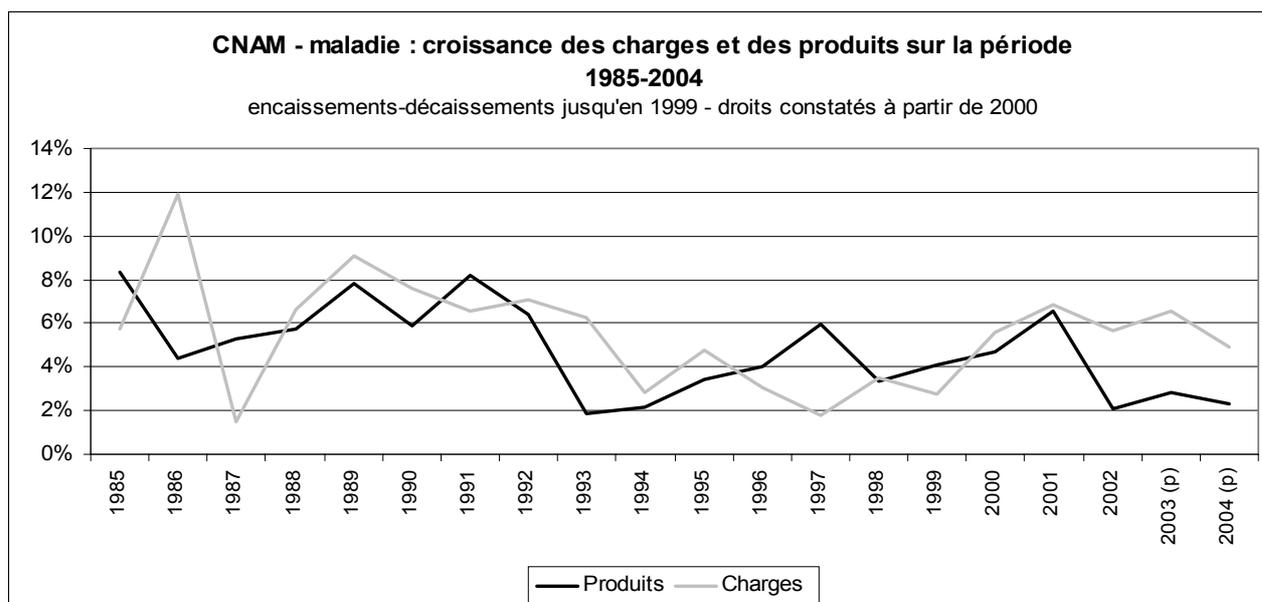
a) la situation passée, actuelle et le compte prévisionnel 2004

Malgré la croissance des recettes, la branche maladie du régime général a connu un déficit récurrent.

Ce déficit a été largement comblé dans un premier temps par le concours des autres branches de la Sécurité Sociale (malgré le principe de l'autonomie des branches).

Les déficits de la branche maladie ne sont plus compensés par les autres branches de la Sécurité Sociale depuis 2002.

De plus, à partir de 2002, un écart de plus de 3 points est apparu entre la croissance des produits et celle des charges. Le maintien d'un tel écart au cours de trois années successives ne s'était jamais produit au cours des vingt dernières années.



La situation du régime général

(source : rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale 2003 et Ministère de la Santé) :

En milliards d'euros	2001	2002	2003*	2004**
Maladie	-2,1	-6,1	-10,6	-10,9
Accidents du travail	0,0	0,0	-0,1	-0,1
Vieillesse	1,5	1,7	1,5	-0,2
Famille	1,7	1,0	0,3	0,0
Total régime général	1,2	-3,5	-8,9	-11,1

* Prévisions

** Prévisions tenant compte des mesures de la LFSS 2004 (2,8 Md€ au titre d'un redressement de la CNAMTS, creusement de la CNAV de 1,1 Md€ lié aux effets à court terme de la réforme des retraites, versement de 1,1 Md€ de la CADES au RG au titre du remboursement de la dette FOREC).

On voit apparaître dans la période récente un endettement du régime général qui est imputable à sa branche maladie. Le déficit cumulé de la CNAMTS depuis la dernière reprise de dette atteindrait près de 28 milliards d'euros en 2004 et celui du Régime général 15 milliards d'euros³⁴. Cet endettement vient s'ajouter à la dette sociale, gérée par la CADES, qui sera de l'ordre de 34 milliards d'euros fin 2004 (annexe 27).

L'ensemble des déficits cumulés du régime général s'élèvera ainsi à près de 49 milliards d'euros fin 2004.

Les déficits récents de l'assurance maladie proviennent en partie de la situation conjoncturelle, marquée par un ralentissement de la croissance. On peut admettre en première approximation que l'influence de la conjoncture économique sur les dépenses d'assurance maladie est faible³⁵. En revanche, le déficit de croissance, mesuré par rapport à la croissance potentielle de la France, induit de moindres recettes de cotisations, ce qui creuse le déficit de l'assurance maladie.

En 2003, on peut estimer qu'environ un quart du déficit de la CNAMTS (soit 2,7 milliards d'euros) est imputable à la conjoncture³⁶, ce qui signifie que les trois quarts du déficit de l'assurance maladie sont aujourd'hui d'origine structurelle³⁷ (annexe 28).

Le déficit structurel s'explique par le fait que les dépenses d'assurance maladie croissent sur un rythme sensiblement supérieur à celui de la croissance potentielle de l'économie, donc de la masse salariale et des cotisations sociales : les dépenses rentrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont augmenté de 7,2% en 2002 et la prévision du taux de croissance pour 2003 fournie par la CNAMTS est de 6,4% (à champ constant). La prévision de croissance de l'ONDAM avant mesures nouvelles prévues par la LFSS pour 2004 est de 5,5% et de 4% après mesures nouvelles.

b) projections pour les années à venir

L'écart entre la croissance des dépenses d'assurance maladie et la croissance des recettes est la variable centrale déterminant les projections sur longue période. Les évolutions passées des dépenses de santé mènent au constat suivant³⁸ :

- les dépenses d'assurance maladie remboursées par le régime général ont progressé, en valeur, de 6,2% par an en moyenne de 1982 à 2002 ;
- déflatées des prix du PIB, les dépenses d'assurance maladie ont progressé de 3,2% soit 1,1% de plus que le PIB.

Plusieurs scénarios sur la tendance du déficit de la CNAMTS ont été établis sur la base de ce constat.

Concernant les recettes, deux hypothèses ont été explorées :

- un taux de croissance de l'activité économique de 2,5% en volume (4% en valeur) jusqu'en 2020³⁹ ;

³⁴ Source : DSS

³⁵ On sait cependant que dans une situation conjoncturelle favorable, les dépenses d'IJ ont tendance à augmenter, comme les dépenses en nature.

³⁶ Sous l'hypothèse d'un déficit de croissance de 2,5 points de PIB en 2003.

³⁷ Le modèle utilisé s'appuie sur des niveaux d'emploi prévisionnel qui paraissent vraisemblables à moyen et long terme. Bien entendu tout déplacement important de ce paramètre pourrait conduire à des conclusions différentes en termes de répartition solde structurel – solde conjoncturel. Mais cela supposerait des projections sur l'emploi que la plupart des membres du Haut Conseil estiment peu vraisemblables.

³⁸ Source : Drees

³⁹ Le taux d'intérêt annuel utilisé pour la construction de ces scénarios est 2,5%.

- le scénario macroéconomique de référence du Conseil d'orientation des retraites (qui prend en compte une baisse progressive de la croissance potentielle dû au plafonnement de la population active).

Des membres du Haut Conseil ont souhaité qu'on étudie des variantes où la croissance potentielle de l'économie – et donc des recettes – serait plus élevée avec en particulier une résorption plus prononcée du taux de chômage.

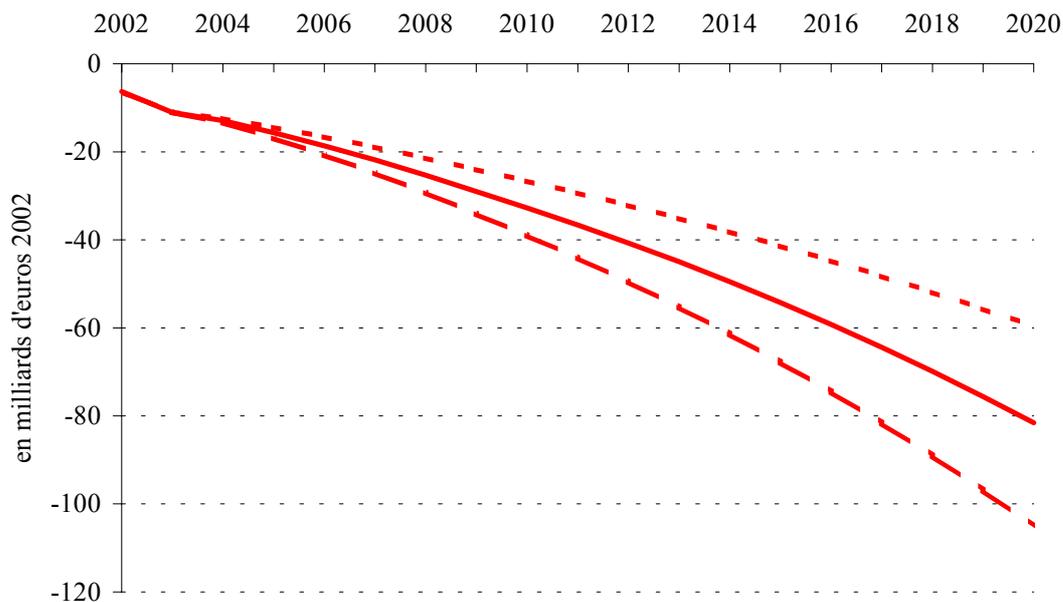
Trois hypothèses ont été retenues concernant les dépenses d'assurance maladie :

- un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie supérieur de 2% à celui du PIB,
- un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie supérieur de 1,5% à celui du PIB,
- un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie supérieur de 1% à celui du PIB.

Toutes les projections ont été réalisées en partant d'un déficit de la CNAMTS calé sur les prévisions du Ministère de la Santé en 2004 après mesures du PLFSS (soit un déficit de 10,9 milliards d'euros en 2004). Elles tiennent naturellement compte année après année des intérêts générés par la dette cumulée de l'assurance maladie. Ces scénarios représentent donc la tendance des déficits de l'assurance maladie avant toute mesure.

Solde tendanciel de la CNAMTS y compris charge de la dette

(avec un taux d'intérêt réel à 2,5%)



Hypothèse de progression des dépenses : PIB + - - 1% — 1,50% - - 2%

Déficit de la CNAMTS à l'horizon 2020 y.c. les intérêts de la dette (en milliards € constants 2002)

Selon ces divers scénarios, le déficit tendanciel à l'horizon 2010 serait compris entre 27 et 39 milliards d'euros constants 2002 (dont entre 3 et 4 Md€ au titre des intérêts de la dette) et en 2020 serait compris entre 60 et 105 Md€ constants 2002 (dont entre 12 et 20 Md€ au titre des intérêts de la dette)⁴⁰.

⁴⁰ Voir également en annexe 29 l'extrait du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2003.

3) Compte tenu de ces projections, on peut esquisser deux types d'évolution

Dans le premier type de scénarios, on considère que les comportements et l'organisation du système de soins évoluent peu et que la dépense évoluera comme dans les années passées. C'est cette référence qui sous tend le compte figurant dans les « éléments de diagnostic » remis aux membres du Haut Conseil.

Dans le scénario médian⁴¹, le déficit serait de l'ordre de 2 points de PIB à horizon de 10 ans (c'est-à-dire en 2013) et de 3,2 points de PIB à l'horizon 2020, soit l'équivalent :

- d'une diminution de prise en charge par l'assurance maladie des dépenses totales de santé de 77% à 61% en 2013 et à 55% en 2020) ;
- d'un net ralentissement du rythme de la croissance annuelle réelle des dépenses totales de santé (au lieu de PIB+1,5%, il faudrait PIB-1% en 2013 et PIB-0,7% en 2020) ;
- ou encore, d'un accroissement du taux de la CSG affectée au financement de l'assurance maladie, de + 3,6 points en 2013 et +5,5 points en 2020 s'ajoutant aux 5,25 points actuels. Ce qui signifie un doublement en 2020 du taux de CSG par rapport à la situation actuelle

L'accumulation des déficits (hors charges d'intérêt) représentera près de 30 Md€ à la fin 2004 et représenterait plus de 260 Md€ en 2013 (soit 14% du PIB 2013 projeté à 1876 Md€) et 640 Md€ en 2020 (soit 31% du PIB 2020 projeté à 2076 Md€)⁴².

Accepter un tel scénario déboucherait très vraisemblablement sur des tensions insoutenables.

Lever chaque année un cinquième de point de CSG constituerait une contrainte telle qu'on sera tenté de la contourner par l'accroissement de l'endettement.

La pression sur les prélèvements obligatoires risque par ailleurs de conduire :

- à un effet d'éviction massif au détriment des autres besoins collectifs. Alors que le taux de prise en charge publique des soins est le plus élevé parmi toutes les fonctions du budget social, le maintenir alors que les dépenses augmenteraient de l'ordre de deux points au dessus de l'évolution du PIB assècherait toutes les marges d'action publique envisageables, écrasant totalement les autres fonctions du budget social.
- à une baisse profonde et désordonnée du taux de prise en charge publique.

On ne peut exclure enfin que la lourdeur du besoin de financement provoque un rationnement insidieux des soins, l'assurance maladie, en renonçant à assumer le progrès des techniques médicale, restreignant de façon abusive le périmètres des dépenses prises en charges.

Dans le second type de scénarios, on entreprend une action méthodique et résolue pour mieux organiser le système de soins autour d'un meilleur rapport qualité/prix.

C'est ce second scénario qui doit, selon la plupart des acteurs, être retenu. Ils jugent en effet avec une grande sévérité les dérives d'un système mal régulé et mal gouverné. Ils diffèrent certes sur l'ampleur de la désoptimisation du système⁴³, les raisons de ces dérives et les méthodes adéquates pour les cantonner dans un premier temps, les résorber ensuite. Mais l'objectif semble unanimement partagé.

⁴¹ Recettes : scénario du Conseil d'Orientation des Retraites ; Dépenses : PIB + 1,5%

⁴² Les projections pour la période jusqu'à 2020 sont faites en euros constants 2002

⁴³ Pour certains, les marges potentielles d'économies sont considérables

On doit donc attendre d'une meilleure maîtrise des dépenses un infléchissement prononcé des dépenses. Mais il est illusoire de penser que des résultats très appréciables pourront être rapidement dégagés. La convergence des dépenses – au taux actuel de prise en charge - et des recettes – à assiette et taux constants – ne saurait intervenir au mieux qu'au terme de quelques années. Un scénario de ce type est analysé dans le dernier rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (annexe 29). Si l'équilibre financier de l'assurance maladie était atteint, par un cheminement régulier, en 2010 la dette accumulée serait toutefois de 80Md€.

Le Haut Conseil considère qu'il n'est pas pertinent d'accroître l'endettement de l'assurance maladie.

En conséquence, il faut simultanément

- **engager la refonte du système de soins pour en améliorer la qualité et en diminuer le coût,**
- **réexaminer les systèmes de recettes et de prise en charge publique.**

Chapitre deux : Qualité du système de soins

Première partie : Le périmètre des biens et services et la qualité médicale des actes

L'étude des principaux paramètres financiers et économiques du système de santé a permis de mettre à jour que, face au déficit croissant de l'assurance maladie, il convenait notamment d'améliorer la qualité des prestations et de revoir le système de prise en charge publique.

Le deuxième thème concerne la qualité du système de soins : qualité médicale des actes et efficacité de chaque acteur du système de santé, considéré individuellement ; puis, dans un deuxième temps, modalités d'organisation du système de soins et articulation entre les différents acteurs.

Le présent document aborde successivement les points suivants :

- le périmètre des biens et services offerts aux usagers du système de soins et dont le coût est, en tout ou partie, pris en charge par les AMO et/ou les AMC : quelles sont les modalités de définition de ce périmètre, comment les biens et services ainsi définis sont-ils utilisés (sections 1 et 2), et comment sont-ils pris en charge par les assureurs (section 3) ;

- l'usage qui est fait de ces biens et services : quelle est la qualité, actuellement, des pratiques soignantes (section 4), et quels sont les dispositifs existants pour améliorer les conditions d'exécution des actes médicaux (section 5).

Section 1

Le périmètre des biens et services remboursables

L'étendue des droits ouverts par l'assurance maladie se mesure traditionnellement à l'importance et au contenu du périmètre des « biens et services remboursables », c'est à dire de l'ensemble de tous les produits, actes de soins, actes d'analyse et de diagnostic, et prestations associées (tels que des frais de transport), qui font l'objet d'une prise en charge totale ou partielle par l'assurance maladie.

Le système français offre une assez large prise en charge des soins préventifs, curatifs, de réadaptation, et palliatifs ; on peut considérer qu'il permet aujourd'hui, globalement, de couvrir les innovations dans les biens et services de santé.

Cet ensemble fait l'objet d'une définition de principe fixée par la loi (article L.321-1 du code de la sécurité sociale).

Par rapport à la définition très générale donnée ci-dessus, cet article ajoute les indemnités journalières, qui couvrent une incapacité de travail découlant d'une maladie (dénommées « prestations en espèces », en raison de leur caractère de revenu de remplacement), et une liste limitative de certaines actions de prévention.

Si cette définition fixe les principes généraux du remboursement, le remboursement effectif doit pouvoir s'appuyer, pour des raisons pratiques évidentes, sur des énumérations détaillées et limitatives.

L'admission au remboursement suppose ainsi l'inscription du bien ou service sur l'une des trois « listes » que sont :

- pour les services (actes médicaux et paramédicaux) mis en œuvre par les professionnels et les établissements, les *nomenclatures* d'actes telles que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les libéraux ainsi que le catalogue des actes médicaux (CDAM) dans les établissements de santé ;
- pour les biens : la *liste des spécialités remboursables* pour les médicaments, et la *liste des produits et prestations* (ex TIPS) pour les dispositifs médicaux.

L'article L.321-1 du Code de la Sécurité Sociale

L'assurance maladie comporte :

1°) la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;

4°) la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;

5°) l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

6°) La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention définis en application des dispositions de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

7°) et 8°) (Abrogés par la loi L.n°2002-303 du 4 mars 2002, art. 81-I);

9°) La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique.

A cette inscription, qui traduit le principe du remboursement, correspond quasi-simultanément la fixation d'un tarif, soit en chiffres absolus (médicaments, dispositifs médicaux), soit en niveau relatif (nomenclatures d'actes).

En principe, ce tarif correspond, ou permet de calculer, le prix auquel sera vendu le bien ou exécuté l'acte en question : l'inscription sur la liste permet donc, la plupart du temps, d'arrêter aussi le niveau du remboursement (Section 3 ci-dessous).

L'examen du contenu et des règles constitutives du « périmètre du remboursable » et de sa traduction concrète sous forme de listes ou de nomenclatures constitue, à l'évidence, un élément essentiel du diagnostic porté sur un système d'assurance maladie.

Et puisque ces listes sont aussi des listes tarifaires, leur examen conduit également à se demander à quels principes ou quelles logiques obéissent les tarifs et les niveaux de prise en charge.

A ce stade descriptif, trois éléments de constat semblent pouvoir être portés sur le « périmètre des biens et services remboursables » dans le système français.

1) A la différence de nombreux pays étrangers, l'assurance maladie complémentaire intervient plus en complément « tarifaire » qu'en complément « thématique », par rapport à l'assurance maladie obligatoire

Le périmètre du remboursable, tel qu'il est défini ci-dessus, est celui de l'assurance maladie obligatoire. Il pourrait ne pas recouper exactement celui des contrats d'assurance maladie complémentaire les plus courants. C'est le cas dans plusieurs pays étrangers (annexes 30 et 31), où certains biens et services, répondant incontestablement à la définition de biens et services de santé (kinésithérapie, prothèses dentaires, etc.), sont exclus du périmètre remboursable de l'AMO.

En France, on peut considérer que, globalement, les deux périmètres se superposent, et que l'AMC intervient en complément « tarifaire » plus qu'en complément « thématique ».

Cette affirmation doit évidemment être nuancée. D'abord parce qu'il existe quelques traitements ou produits qui, quoique ne faisant aujourd'hui l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (implants dentaires, certaines lentilles oculaires par exemple), peuvent être pris en charge en tout ou partie par l'AMC⁴⁴. De plus, l'AMC offre à ses adhérents un certain nombre de services spécifiques (notamment en matière dentaire). Enfin, et surtout, parce que sur des champs importants, la prise en charge par l'AMO se révèle très minoritaire, et parfois presque symbolique : 4,2% en moyenne sur l'optique, 14,3% sur les appareils auditifs, 21,3% sur les prothèses dentaires, par exemple. Citons également des segments de soins dans lesquels le poids de l'AMC est important : établissements thermaux (AMC : 117 M€ et AMO : 218 M€) ; Dispositifs médicaux (AMC : 1,6 Md€ et AMO : 3,1 Md€) ; Soins et prothèses dentaires (AMC : 2,4 Md€ et AMO : 2,5 Md€) ; Médicaments (AMC : 4,8 Md€ et AMO : 17,2 Md€).

Mais le plus souvent l'AMC se borne à améliorer le taux de remboursement des prestations élues par l'AMO. (cf. annexe 32)

⁴⁴ Il serait sans doute intéressant de s'interroger sur les biens et services n'appartenant pas au périmètre remboursable par l'AMO, au delà des éléments fournis en annexe 32 .

2) La notion de « périmètre » ou de « liste de biens et services » ne rend qu'imparfaitement compte de la réalité du remboursement. Les dépenses des établissements de santé placés sous dotation globale échappent en effet très largement à cette approche

Avec une dotation globale pour les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier, la manière dont les actes sont « nomenclaturés » poursuit une finalité purement descriptive (et non pas tarifante). Les dispositifs médicaux sont pris en charge sur l'enveloppe de l'hôpital à des prix librement négociés, et l'emploi des médicaments – également achetés à prix libre – obéit à des règles particulières (annexe 33).

Il s'ensuit que des séjours hospitaliers motivés par la réalisation d'un acte hors nomenclature ou l'utilisation d'un dispositif ou d'un médicament « hors liste » seront pris en charge comme les autres. L'ampleur de ce phénomène, souvent dénoncé, est toutefois très difficile à apprécier.

Cette situation est appelée à évoluer lors du passage du financement par dotation globale à la *tarification à l'activité* (annexe 34). En effet, le rattachement des interventions hospitalières aux différents *groupes homogènes de séjour* devra s'effectuer par l'intermédiaire des libellés d'actes retenus dans le cadre de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) (annexe 35). Cette option permettra – en principe – un contrôle plus étroit du caractère remboursable des prestations.

3) Enfin l'admission au remboursement n'est en réalité légitime que si le bien ou le service est employé dans un contexte médical adéquat

La notion de « liste » d'actes ou de produits remboursables a souvent conduit à employer l'image et le terme de « panier » de biens et services remboursables, l'assurance maladie obligatoire ayant pour objet de ne prendre en charge, en tout ou partie, que ce qui figure « dans » le panier.

Or cette terminologie est trompeuse. En effet, le but que poursuit un système d'assurance maladie n'est pas de rembourser des actes ou des produits, mais de rembourser des soins, c'est à dire des actes ou des produits qui concourent effectivement à soigner, dans le contexte où ils sont employés.

En pratique, il est rare que les conditions médicales d'exécution d'un acte ou de dispensation d'un produit conditionnent sa prise en charge. Mais l'esprit des textes est bien en ce sens, et cela s'illustre tout de même par un grand nombre d'exemples :

- le remboursement de tous les produits, ainsi que de tous les actes paramédicaux est subordonné à l'existence d'une prescription, qui atteste de ce que l'acte ou le produit est effectivement nécessaire dans une situation particulière.

- l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale prévoit que l'admission au remboursement de n'importe quel acte peut, le cas échéant, lors de l'inscription à la nomenclature, être subordonné à un accord préalable du service du contrôle médical : c'est le mécanisme bien connu des *ententes préalables*.⁴⁵

- l'article L.162-17 prévoit que la liste des spécialités remboursables « *précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments* ». La plupart du temps, cette limitation correspond aux indications de

⁴⁵ Qui ne couvrent plus aujourd'hui qu'un champ résiduel des pratiques médicales, dentaires et paramédicales.

l'autorisation de mise sur le marché, mais la prise en charge peut être quelquefois rendue plus étroite au moment de l'inscription du médicament sur la liste des spécialités remboursables⁴⁶.

- De même, des règles extérieures aux *listes* et *nomenclatures* peuvent définir les conditions d'accès au remboursement. C'est le cas des *références médicales opposables*⁴⁷

- Enfin, et même si cela relève de l'évidence, toutes les prestations prises en charge par l'assurance maladie qui ne sont que connexes au diagnostic et aux soins proprement dits, tels que les frais de transport ou le paiement d'indemnités journalières, ne sont pas remboursables *pour elles-mêmes*, mais seulement dans la mesure où elles interviennent dans un contexte de maladie.

Autrement dit, la vision un peu matérielle d'un « panier », qui serait composé des biens ou des services qu'on aurait logés à *l'intérieur*, et dont seraient exclus des biens placés matériellement à *l'extérieur*, traduit de manière assez fautive, et en tous cas incomplète, ce qu'est, en l'état actuel des principes qui le régissent, le remboursement par l'assurance maladie. L'admission au remboursement peut y être « médicalisée », c'est à dire dépendante d'un certain contexte de soins.

A cela s'ajoute le fait que, même lorsque l'inscription du bien ou du service dans le périmètre remboursable n'est pas accompagnée de prescriptions particulières d'exécution, il pèse toujours sur le professionnel de santé l'obligation de soigner sans commettre « d'abus » (tels que pourraient l'être une répétition d'actes manifestement inutiles), obligation dont la méconnaissance peut être poursuivie devant les juridictions dites du « contrôle technique ».

Ce principe de « médicalisation » du périmètre des biens et services remboursables signifie que les priorités collectives ne doivent pas seulement s'exprimer au moment de l'inscription de l'acte ou du produit (en fonction des critères qui seront examinés ci-dessous), mais aussi sur la manière dont le soin sera exécuté. La notion même de « médicalisation » impliquant évidemment une participation active des professionnels de santé.

Cela conduit évidemment à s'interroger sur les moyens que l'on se donne pour garantir l'effectivité de ce principe. Dans un contexte où les ressources financières ne sont pas illimitées, le périmètre reflète *de facto* des choix collectifs. Il oblige à se poser des questions de hiérarchisation des priorités et à passer de choix implicites à des décisions explicites et raisonnées : à quelles pathologies, à quels traitements, et sous quelles conditions, doit-on prioritairement consacrer le financement socialisé ?

⁴⁶ Même si, dans la pratique, on observe parfois que la prise en charge se fait au-delà des conditions prévues par l'AMM. Cf. par exemple, le cas des médicaments anti-cholestérol.

⁴⁷ Même si, curieusement, ces références ne sont juridiquement opposables qu'au seul médecin (qui peut – ou pouvait – être sanctionné de ne les avoir pas respectées), et pas au patient (qui peut continuer d'obtenir un remboursement intégral).

Section 2

Les critères et les modalités d'inscription dans le périmètre de l'admission au remboursement

Quatre notions seront définies et examinées successivement même s'il ne s'agit pas là d'un ordre chronologique : la sécurité, l'utilité, l'efficacité et l'efficience.

Il peut exister une certaine confusion dans l'utilisation de ces quatre notions, d'autant qu'elles sont parfois regroupées différemment lorsqu'on évoque la notion de qualité. Pour certains, la qualité d'un acte se définit par sa sécurité et son efficacité, pour d'autres par la sécurité, l'efficacité et l'utilité. Pour d'autres enfin, l'idée de qualité est à séparer de celle de sécurité et regroupe au contraire utilité, efficacité et efficience.

Dans les paragraphes suivants, nous nous efforçons de préciser ces éléments afin de clarifier un débat capital pour la bonne compréhension du système de santé et d'assurance maladie.

Ces quatre notions, donc, de sécurité, efficacité, utilité et efficience correspondent à ce qu'il y a lieu, en principe, de prendre en considération avant d'inscrire un acte ou un produit dans le périmètre du remboursement. On doit s'interroger aussi sur la question de savoir si ces critères sont également respectés (et peuvent effectivement être garantis) au stade de l'exécution des soins.

1) La sécurité de l'acte ou du produit

L'acte ou le produit ne doit pas être dangereux dans les conditions normales de son exécution ou de son utilisation. C'est évidemment un minimum indispensable pour toute utilisation, qui doit être vérifié indépendamment de toute problématique de remboursement. A fortiori pour toute inscription : la sécurité est une notion princeps à toute question de remboursement. Clairement, un acte ou un produit sans sécurité ne devrait pas être pratiqué ou être sur le marché.

La sécurité se définit et se mesure d'abord au moment de l'inscription, c'est à dire en considération de ce qu'est l'acte ou le produit par lui-même. Mais elle peut dépendre également des conditions de l'exécution de l'acte. Ainsi, tel geste chirurgical, ou tel examen radiologique de dépistage, ne sera véritablement « sûr » que s'il est exécuté dans un certain environnement technique, par un praticien qui a l'occasion de l'effectuer fréquemment⁴⁸, etc.

Dans le système français, les modalités aujourd'hui en vigueur lors de l'inscription offrent, sur l'ensemble du champ remboursable, des garanties sérieuses de sécurité. On sait toutefois que le contrôle de cette *sécurité* ne repose, par construction, que sur les éléments *a priori* qui peuvent être tirés d'essais cliniques. Les différents dispositifs de vigilance (notamment la *pharmacovigilance* et la

⁴⁸ Un article publié en novembre 2003 dans le *New England Journal of Medicine* met en évidence, à partir de l'étude de plus de 470 000 cas aux Etats-Unis, que, toutes choses égales par ailleurs, le taux de mortalité opératoire est lié à l'expérience du chirurgien. Plus le nombre d'interventions pratiquées par un chirurgien est élevé, plus faible sera le taux de mortalité pour cette intervention. L'originalité de l'étude réside dans la mise en évidence d'une liaison indépendante de la taille de l'hôpital. Autrement dit, ce n'est pas le nombre de lits de l'hôpital qui prime mais le nombre d'interventions du praticien donné. Un chirurgien qui pratique beaucoup dans un petit hôpital aura de meilleurs résultats en termes de mortalité qu'un chirurgien qui pratique peu dans un grand hôpital.

JD.Birkmeyer et al., "Surgeon volume and operative mortality in the United States", *NEJM*, november 27, 2003, vol.349 : 22, pages 2117-27

matériorigilance) sont là pour rappeler que la sécurité ne se juge vraiment qu'en environnement « réel ».

S'agissant du contrôle des conditions de sécurité « en cours d'exécution », les instruments juridiques et techniques offrent un paysage plus contrasté. Il existe une panoplie très large (voire même une accumulation, qui mériterait toilette) de contraintes légales et réglementaires sur les aspects techniques et matériels de l'exécution des actes : plateaux techniques et ratios de personnel en univers hospitalier, circuits de distribution pharmaceutique, conditions dans lesquelles sont effectuées les analyses de biologie médicale, etc.

En revanche, la sécurité des conditions « humaines » d'exécution est loin d'être couverte de façon systématique. L'article L.1151-1 du code de la santé publique offre le cadre légal qui permet de subordonner les actes et les prescriptions « *susceptibles de présenter des risques sérieux* » à une formation, une qualification, et une évaluation périodique du professionnel, ainsi qu'à certaines conditions techniques de réalisation. A ce jour, toutefois, aucun acte n'a encore été inscrit sur les « listes » que prévoit cet article.

Les instruments qui sont effectivement applicables sont éparés : médicaments à *prescription restreinte*, c'est-à-dire réservée à certains spécialistes, ou seuils minimaux d'activité dans les programmes organisés de dépistage, par exemple. Des obligations de ce type pourraient avoir un sens dans beaucoup d'autres champs de la pratique⁴⁹, où elles peuvent soulever des questions relativement lourdes (généralisation d'habilitations professionnelles spécifiques, bien-fondé du principe d'omnivalence des diplômes, etc.).

D'autre part, il n'existe pas aujourd'hui en France d'approche quantitative satisfaisante de la qualité et la non-qualité des soins alors qu'une telle analyse serait nécessaire à l'appréciation des marges de progrès possibles et à la mise en œuvre de mesures correctrices.

L'iatrogénèse⁵⁰

L'iatrogénèse englobe l'ensemble des événements indésirables consécutifs à l'action médicale. Selon la loi du 4 mars 2002, ces événements sont dénommés "accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales"⁵¹.

Du fait de la fréquence, de la gravité, et du coût de la iatrogénie, sa prévention est une priorité de santé publique dans de nombreux pays dont la France. S'inscrivant à la fois dans le domaine de la qualité des soins et dans celui de la sécurité sanitaire, la iatrogénie mérite d'autant plus de considération qu'elle est en bonne partie évitable et que sa prévention ne bénéficie pas encore pleinement des applications possibles de la science des dangers

Des événements iatrogènes de toute nature surviennent en France dans plus de 10% des séjours hospitaliers. Au moins 30% de ces événements sont graves, 30 à 60% d'entre eux seraient évitables.

D'après les études des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), les seuls événements iatrogènes médicamenteux représentent plus de 3% des motifs d'hospitalisation, soit environ 130.000 hospitalisations par an, et touchent environ 10% des personnes hospitalisées en service de court séjour. Un tiers de ces derniers sont graves, conduisant au décès dans 9% des cas : 10.000 patients décèdent, 35.000 guérissent avec séquelles, les autres sans séquelles. Quant aux infections nosocomiales, elles

⁴⁹ En ce sens, l'exemple des recommandations des sociétés savantes de cardiologie, relatives aux critères de compétence souhaités pour certains actes de cardiologie invasive. Mais il ne s'agit pas de normes juridiquement opposables.

⁵⁰ Extrait du rapport Massol pour la préparation de la loi quinquennale sur la santé publique, 2003

⁵¹ Nosocomiale : du grec *nosos* (maladie) et *comein* (soigner). En vieux français, le *nosocomie* désigne aussi bien la maison destinée aux malades que celui qui dirige les soins. *Nosocomial* se rapporte à tous les soins donnés aux malades, même si le terme s'est presque exclusivement appliqué aux infections d'origine hospitalière. L'infection nosocomiale est donc l'infection transmise lors des soins médicaux.

sont présentent chez 6 à 10% des personnes hospitalisées "un jour donné" et conduiraient à un nombre de décès compris entre 7 000 et 10 000 par an.

Aux USA, les erreurs médicales seraient à l'origine de 44 000 à 100 000 décès par an, représentant entre la 6^{ème} et la 8^{ème} cause de mortalité toutes causes confondues. Une part conséquente de ces erreurs est responsable de handicap définitif (2,6% dans la Harvard Medical Medical Practice Study, 1991).

Le coût de l'iatrogénèse est, par conséquent, considérable.

En France, le seul coût de la iatrogénie médicamenteuse hospitalière a été estimé à 1,2% de la dotation globale hospitalière en 1996. La même année, le coût des événements iatrogènes hospitaliers évitables était estimé à 37,6 milliards \$, soit 4% des dépenses nationales de santé aux USA. Plus récemment, le coût associé aux erreurs médicales en perte de revenu, coût pour la santé et complications a été estimé dans ce même pays à 29 milliards \$/an.

(annexe 36)

2) L'efficacité de l'acte ou du produit

L'acte ou le produit doit produire des effets thérapeutiques mesurables. Appliqué par exemple à un médicament, cela signifie que celui-ci doit avoir des effets physiologiques supérieurs à ceux d'un placebo.

Plusieurs segments du champ remboursable ne remplissent pas aujourd'hui cette condition.

Selon l'analyse dominante, certains actes ou produits sont intrinsèquement inefficaces dans la mesure où ils n'ont pas, jusqu'à aujourd'hui, apporté la preuve de leur efficacité thérapeutique selon les protocoles scientifiques reconnus : par exemple les médications homéopathiques (qui viennent d'être *déclassés*⁵²) ou certains soins thermaux.

Ces actes ou produits n'ont aucune raison objective d'être pris en charge par l'assurance maladie.

Il est difficile de chiffrer avec précision la consommation d'actes « médicalement inefficaces ». Mais le poids financier des principaux postes est loin d'être négligeable (250 M€ pour les dépenses de soins thermaux, 150M€ environ pour l'homéopathie), et altère la crédibilité des conditions de prise en charge.

L'efficacité d'un médicament

Après avoir été découvert par hasard ou par une longue recherche, un nouveau principe actif, avant d'obtenir une autorisation de mise sur le marché, sera d'abord testé dans le cadre d'un modèle animal, puis sur l'homme. Les essais sur l'homme obéissent à des règles strictes et sont organisés en séquences classiques : phase I (étude de la tolérance du produit administré à des volontaires sains), phase II (détermination des meilleures modalités d'administration du médicament, en particulier la dose optimale pour les malades), phase III (comparaison à d'autres produits et essai thérapeutique).

C'est au cours de la phase III dite *essai clinique* qu'est évaluée l'efficacité du produit. Cette notion d'efficacité est associée à l'effet thérapeutique revendiqué par le laboratoire pour le médicament en question. Aujourd'hui, on appréhende l'efficacité d'un principe actif à partir d'un essai clinique

⁵² On appelle *déclassement* d'un médicament la baisse de son taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. En l'occurrence, il s'agit du passage de 65% à 35%.

effectué dans des conditions particulières d'utilisation sur une population ciblée de patients⁵³. L'essai consiste à comparer le produit versus un *placebo* ou versus un autre produit. Les conditions de comparabilité sont assurées par une procédure aléatoire (on parle également de méthode *randomisée*) de répartition des malades en deux groupes tirés au sort (un groupe *traité* qui recevra le médicament et un groupe de *référence* dit groupe témoin à qui on délivrera le placebo ou l'autre produit). L'attribution du médicament à évaluer ou du placebo à chaque groupe se fait en *double aveugle*, c'est à dire que ni le médecin ni le malade ne savent *a priori* si le produit délivré est le placebo ou le médicament. Ces conditions sont essentielles à l'analyse des essais thérapeutiques.

En règle générale, l'efficacité sera mesurée à partir d'indicateurs *biologiques* ou *cliniques* définis dans le cadre de l'essai. Dans le cas de pathologies chroniques, on peut également retenir d'autres indicateurs comme la *qualité de vie* par exemple. Dire qu'un produit est efficace signifie que l'essai clinique a mis en évidence, de manière statistiquement significative, que l'indicateur retenu est supérieur à celui du placebo ou de l'autre produit de comparaison. L'efficacité est liée à un résultat. Par exemple, si l'indicateur est exprimé par un score et que le placebo correspond, sur une échelle croissante, au score 12, le produit étudié sera dit efficace si son score est supérieur à 12. A ce stade, rien n'est dit sur la pertinence clinique du résultat. Autrement dit, l'efficacité avérée d'un essai clinique ne peut renseigner que sur le résultat obtenu par l'indicateur utilisé dans l'essai clinique. Il ne faut certainement pas chercher à « créer de l'information » à partir des résultats d'un essai et tenter de répondre à des questions du type : « *Est-ce qu'un score de 12,2 correspond à une amélioration sensible en termes de survie du malade, de son bien-être, etc ?* ».

Tous les médicaments allopathiques arrivant aujourd'hui sur le marché français relèvent d'une procédure d'essai clinique. Mais il existe bon nombre de produits introduits sur le marché antérieurement à la mise en place de l'Autorisation de Mise sur le Marché et qui n'ont pas été évalués selon cette méthodologie. On ne peut donc pas se prononcer à leur propos en termes d'efficacité. De même, les produits phytothérapeutiques ou les produits homéopathiques ne donnent pas lieu à essais cliniques.

3) L'utilité de l'acte ou du produit

L'acte ou le produit doit faire la preuve que sa présence supplémentaire modifie dans un sens favorable les stratégies thérapeutiques ou les chances de guérison. Cette utilité peut être perçue d'une manière individuelle ou collective. Il est tout à fait possible que la plupart des actes offrent une utilité médicale pour un individu donné mais, au moment de l'inscription sur les listes ou les nomenclatures, l'utilité est appréciée en termes d'*utilité collective*, c'est-à-dire de *service (médical) rendu* ainsi que de supplément par rapport à ce que permettent déjà de faire, globalement, les biens et produits déjà inscrits [*amélioration du service (médical) rendu*].

Il ne faut d'ailleurs pas confondre les actes ou produits *inefficaces* (= qui ne servent à rien sur le plan des soins) avec les actes ou produits *inutiles collectivement* (= qui servent à quelque chose, mais dont on peut aisément décider de se passer, par exemple des médicaments à *service médical rendu insuffisant*).

En pratique, aujourd'hui, cette notion n'est effectivement appliquée au moment de l'inscription que dans le domaine du médicament, où elle correspond à la mesure du *service médical*

⁵³ La méthode des essais cliniques, mise au point dans le cadre d'essais comparatifs en agronomie, a été appliquée pour la première fois au médicament en 1948. C'est en effet à cette date que le Medical Research Council a utilisé cette méthodologie statistique afin d'évaluer l'action de la streptomycine dans la tuberculose pulmonaire.

rendu (SMR) et de *l'amélioration du service médical rendu* (ASMR) (article R.163-3 du code de la sécurité sociale), et dans le domaine des dispositifs médicaux (notion de *service rendu*, article R.165-11).

On notera d'ailleurs que, pour le médicament, le service médical rendu est une notion composite qui tient compte de l'efficacité du produit et de ses effets indésirables, de sa place dans la stratégie thérapeutique, de la gravité de la pathologie à laquelle il est destiné, du caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement et de son intérêt pour la santé publique. Ainsi, l'utilité collective n'est pas définie exclusivement à partir d'éléments de nature médico-technique comme l'efficacité mais elle privilégie aussi des approches plus globales comme la gravité de la pathologie ou la santé publique. Le test de diagnostic rapide qui sert à reconnaître si une angine est virale ou bactérienne est un bon exemple d'un dispositif utile collectivement. La résistance de nombreuses souches bactériennes aux antibiotiques est un sérieux problème de santé publique qui peut avoir un début de résolution grâce à l'utilisation de ce test par les médecins. C'est à ce titre que la collectivité a décidé de le prendre en charge, indépendamment de toute autre considération économique.

En associant prise en charge et utilité collective les pouvoirs publics ont donc considéré qu'il ne fallait rembourser que ce qui était utile. Mais tout ce qui est utile ne doit pas pour autant être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il est possible – et légitime – de fixer, par un choix collectif, un niveau d'utilité qui justifiera l'intervention publique⁵⁴. L'existence de taux de remboursement différents pour les médicaments (0%, 35%, 65% et 100%) relève de cette logique.

Ce qui est évoqué pour le médicament devrait s'appliquer également pour les autres biens et services médicaux. Un frottis est assurément un examen efficace pour détecter des lésions gynécologiques. Mais la prise en charge du n-ième frottis dans l'année pour l'ensemble des femmes sans symptômes particuliers n'est pas justifiable du point de vue collectif⁵⁵.

On peut observer à cet égard que la notion d'utilité collective est déjà associée dans la pratique des choix collectifs à une notion économique. On considère que le n-ième frottis fait à l'ensemble de la population féminine est inutile collectivement parce qu'on pourrait faire un meilleur usage alternatif des ressources mobilisées. On entre alors dans une approche médico-économique qui relève plus de la notion d'efficience, notion qui sera abordée au point suivant.

Par ailleurs, il faut également s'interroger sur l'utilité au stade de l'exécution de l'acte ou d'administration du produit. La question de l'*utilité* du geste ou de la prescription fait alors partie intégrante de l'art de soigner.

Le contrôle de l'utilité n'y est donc possible que s'il existe un standard de pratique suffisamment incontestable ou s'il est possible de faire intervenir une autre expertise médicale (c'est l'exemple des ententes préalables).

On doit cependant constater que les instruments de contrôle, d'interdiction et de sanction basés sur des référentiels de pratique – instruments qui n'ont en tout état de cause jamais concerné que les seuls soins de ville – sont désormais, et pour des raisons très diverses, sans portée efficace, ou en net repli (cf. annexe 37) : le non respect des RMO n'est plus sanctionné, les « ententes préalables » ne couvrent plus qu'un champ résiduel des pratiques médicales, dentaires et paramédicales.

⁵⁴ Les procédures en vigueur ne dressent pas un parfait obstacle à l'inscription de médicaments jugés *inutiles* au regard d'une prise en charge collective, puisque ceux-ci représentent encore – après les récentes mesures de *déclassement*, qui ont baissé leur taux de remboursement sans les faire sortir du périmètre – une somme d'environ 1 Md€. Il est prévu leur déremboursement en deux nouvelles vagues à venir en 2004 et 2005.

⁵⁵ Par ailleurs, en matière de dépistage de masse, l'utilité d'une procédure est à analyser également en tenant compte de la participation effective de la population. Une modalité de dépistage même très efficace, s'avérera peu utile, voire inutile, collectivement s'il n'y a pas d'adhésion effective de la population.

Comme le respect spontané des référentiels par les professionnels de santé est encore très nettement insuffisant (Section 4 ci-dessous), cette carence des instruments de contrôle est préoccupante. Il n'existe pas, aujourd'hui, dans le système de soins, de mécanisme externe de contrôle à grande échelle de l'utilité médicale d'un acte ou d'une prescription au moment de son exécution.

Dès lors, indépendamment de tout ce qui peut et doit être entrepris dans le sens d'une meilleure application des référentiels (Section 4 et Section 5 ci-dessous), on peut se demander si le repli des instruments traditionnels est vraiment inéluctable, et s'il ne doit pas être combattu (au moins sous des formes renouvelées telles que la vérification de la conformité des dépenses à un protocole de soins, par exemple pour certaines affections chroniques)

4) L'efficacité de l'acte ou du produit

L'acte ou le produit, réputé sûr, efficace et utile doit être également apprécié d'un point de vue médico-économique, c'est-à-dire en tenant compte de son coût propre, ou des différents coûts qu'il peut induire, et en comparant cette forme de *rapport qualité-prix* à ceux des actes ou des stratégies thérapeutiques de visée comparable.

Sur le plan des principes, cette approche n'est rendue nécessaire que par la contrainte de rareté de la ressource financière. Aussi élevée que soit son niveau, celle-ci ne permet pas de prendre en charge tout ce qui est utile, et oblige donc à ce genre d'arbitrages.

L'exercice de recherche d'efficacité constitue, pour peu qu'on s'y arrête, l'expression même de la solidarité financière des assurés sociaux : c'est dans l'arbitrage réalisé sur des bases médico-économiques que se formulent les priorités d'emploi des fonds collectifs. C'est cet arbitrage qui est au cœur du mécanisme de mutualisation de l'assurance maladie.

La recherche de l'efficacité médico-économique ne consiste pas à retenir un acte ou un produit qui ferait faire des « économies » au système. Une telle situation ne se rencontre d'ailleurs que de manière exceptionnelle. L'approche de l'efficacité consiste en général à comparer pour différentes modalités alternatives les suppléments d'utilité et les surcoûts résultants et à retenir la modalité qui présente le meilleur bilan médico-économique. Une telle approche, pour être transparente, nécessite par ailleurs de mettre en évidence et de clarifier dans les décisions prises, les critères médicaux, sociaux ou économiques retenus.

Au stade de l'inscription des actes et produits dans le périmètre du remboursement, cette notion d'efficacité n'est, en pratique jamais prise en considération à l'exception, au moins en principe, du médicament.

La raison alléguée pour cette carence tient à la complexité et au coût des études qui seraient nécessaires pour de telles évaluations. On peut s'interroger toutefois sur cette situation, notamment lorsque sont en cause des méthodes diagnostiques ou des traitements dix ou cent fois plus coûteux que ceux qu'ils remplacent, sans analyse précise du résultat thérapeutique final ou lorsque la procédure devrait être limitée à un nombre très étroit d'indications (citons par exemple le cas de la tomographie à émission de positons).

Symétriquement, il est extrêmement difficile de documenter avec précision les « économies cachées » que peut représenter l'introduction d'un acte ou d'un médicament nouveau, même lorsqu'on a des raisons de penser qu'elles existent (substitution du traitement médicamenteux au traitement chirurgical dans le cas des ulcères duodénaux, utilisation de l'EPO dans l'insuffisance rénale chronique qui retarde la mise sous dialyse, multithérapie dans le traitement du SIDA, etc.). Au surplus les économies en question supposent souvent des réorganisations structurelles qui ne sont pas au rendez-vous.

Comme il vient d'être indiqué, le principe d'efficience trouve une expression partielle au niveau de l'inscription des médicaments, puisqu'un nouveau médicament qui n'améliorerait pas le service rendu par les médicaments déjà remboursés ne peut en théorie être admis au remboursement qu'à la condition d'apporter une « économie dans le coût du traitement médicamenteux » (article R.163-5 du code de la sécurité sociale).

Mais l'application de cette règle a pour conséquence que le fabricant d'un nouveau médicament qui améliore le service médical rendu va toujours réclamer un prix plus élevé que celui des médicaments déjà présents sur le marché. Ce système fonctionne, en pratique et jusqu'à présent, à sens unique.

C'est au stade de l'exécution des soins que, par contraste, le principe d'efficience devrait être omniprésent. Dans une formule ancienne et célèbre, valable bien au delà du cas des seuls médecins, l'article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale rappelle en effet que ces derniers « *sont tenus, dans tous leurs actes et leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

Toutefois, cette contrainte d'efficience (qu'il ne faut confondre ni avec la simple contrainte budgétaire, ni avec une contrainte d'efficacité telle que peut l'introduire la tarification à l'activité dans les hôpitaux) n'est guère relayée par des instruments concrets.

Aujourd'hui, les seuls éléments de responsabilisation sur l'efficience qui ont encore une existence en droit positif sont les accords de bon usage des soins (AcBus) prévus à l'article L.162-12-17 du Code de la sécurité sociale (annexe 38).

Le diagnostic global que l'on peut porter sur la gestion actuelle du « périmètre du remboursement » conduit aux conclusions suivantes :

- Au niveau de l'inscription, c'est à dire de l'entrée des actes et des produits dans le périmètre de la prise en charge, des progrès importants ont été réalisés et doivent être poursuivis afin de rationaliser et d'enrichir les critères d'admission.

- Toutefois, l'introduction de produits ou techniques coûteux, l'amélioration de certains niveaux de remboursement, l'extension éventuelle du domaine remboursable, supposent une capacité à faire sortir, en contrepartie, et sur des bases objectives et transparentes, des produits ou services considérés moins prioritaires, ou simplement devenus relativement moins efficaces du fait de l'introduction d'une nouveauté. Le périmètre ne doit pas être considéré comme intangible et fixé une fois pour toutes.

Or l'absence de connaissance étayée, documentée, de l'utilité et d'efficience des produits et services crée un obstacle sérieux à cette maintenance active du périmètre, c'est à dire à la capacité de procéder, en toute connaissance de cause, aux arbitrages nécessaires entre les biens et services à inscrire ou ceux à radier.

Au demeurant, il n'existe aucune obligation de réexamen systématique et régulier du périmètre du remboursement, en dehors des médicaments et des dispositifs médicaux inscrits de manière non générique.

- Enfin, le système pêche par la très grande difficulté à parvenir à la mesure de la pertinence (utilité / efficience) du geste soignant au moment où celui-ci s'effectue.

C'est une question technique difficile à traiter, car la « pertinence » d'un acte n'est pas une notion binaire, et sa mesure relève en outre, le plus souvent, d'une observation de nature statistique. Au surplus, elle crée une interférence objective dans le champ de responsabilité du professionnel soignant. Mais elle est centrale pour la conduite d'une maîtrise médicalisée.

Section 3

La rémunération des biens et services

A côté du secteur hospitalier public et privé participant au service public, rémunéré pour l'instant par dotation globale, le secteur de la médecine ambulatoire et le secteur hospitalier privé sont essentiellement financés selon le principe du paiement « à l'acte », qui suppose que soit fixé le prix unitaire de chaque bien ou service de soins.

L'inscription d'un acte ou d'un produit dans le périmètre du remboursement est ainsi l'occasion de fixer son prix d'échange, ou les bases sur lesquelles sera calculé ce prix d'échange.

Par cette fixation administrative du prix d'échange (que l'on appelle le principe d'opposabilité tarifaire) le secteur des soins remboursables revêt donc le caractère d'un secteur économique à prix administrés.

L'opposabilité tarifaire (qu'il ne faut évidemment pas confondre avec la notion de prise en charge à 100%), comporte il est vrai quelques exceptions : médecins dits de *secteur 2* qui sont autorisés conventionnellement à pratiquer des honoraires supérieurs au tarif de la nomenclature, soins dentaires prothétiques, et majeure partie (environ les deux tiers des dépenses) des dispositifs médicaux de l'ancien « TIPS ».

Ces exceptions doivent toutefois être nuancées. Les honoraires du secteur 2 sont, en principe, encadrés, certes de manière plus élastique, par le principe déontologique du « tact et mesure ». Les prothèses dentaires ont pu, pendant un certain temps, faire l'objet d'un plafond de dépassement conventionnel⁵⁶. Enfin, pour les dispositifs médicaux, la récente réforme créant la « Liste des Produits et Prestations » permet désormais au Comité économique des produits de santé de fixer, lors de l'inscription, un prix limite de vente pour n'importe quel produit du champ.

Cette large administration des prix revêt assez largement les caractéristiques d'une « économie administrée », sachant que cette administration des prix comporte différents degrés d'intensité selon qu'on considère les soins ambulatoires ou les soins hospitaliers, et au sein de l'hospitalisation, selon le secteur étudié (public ou privé).

Il reste cependant que l'opposabilité tarifaire, lorsqu'elle existe, ne porte que sur le prix final qui pèse sur l'assuré. Il n'y a aucune réglementation tarifaire pour tous les achats intermédiaires des *producteurs de soins* (les achats de médicaments et de dispositifs médicaux par les établissements de santé publics sont librement négociés ; de même les achats de prothèses par les chirurgiens-dentistes, les investissements et consommables des laboratoires de biologie, des cabinets dentaires et de radiologie, etc ...).

Ensuite, et c'est une caractéristique de notre système (par rapport à ce que l'on peut observer dans les autres pays développés), le contrôle ne porte que sur les prix, et non sur les volumes. La rémunération finale des professionnels de la santé n'est pas administrativement encadrée (hôpitaux publics mis à part, puisque leurs agents appartiennent à la fonction publique hospitalière).

L'opposabilité tarifaire constitue donc une intervention importante, mais bien ciblée, dans la liberté des échanges en matière de biens et services de santé.

⁵⁶ Et sont plafonnées, à des niveaux il est vrai contestés par les professionnels, dans le cadre de la CMUC.

Elle peut s'expliquer, sur un plan de théorie économique, par le fait que l'AMO est en position d'acheteur dominant. Mais elle a surtout pour justification et fonction de garantir l'effectivité d'un certain taux de prise en charge par la collectivité. En ce sens, le principe de l'opposabilité tarifaire, nonobstant les aménagements particuliers qu'il connaît, constitue aujourd'hui une des caractéristiques fondamentales du système de soins.

La fixation administrative du prix des biens et services, et plus généralement le choix du mode de rémunération (paiement à l'acte, tarification à l'activité, dotation globale, forfait, etc.⁵⁷.) a des conséquences sur la manière dont le système va agir et s'organiser. Il convient par conséquent d'étudier si les modes de rémunérations choisis concourent, ou au contraire éloignent, le système de soins de son organisation et de son fonctionnement optimaux.

Un schéma de rémunération va dans le sens de l'efficience si :

- il assure la couverture des coûts de production (capital et travail) dans le système de soins, sans phénomènes de rente;
- il incite individuellement les opérateurs du système de soins à mettre en œuvre une pratique de qualité et efficiente, et oriente le système de soins vers l'organisation la plus efficace.
- Il respecte les coûts relatifs de production des différents biens et services

1) En ce qui concerne la couverture des coûts des opérateurs du système de soins, des avancées très importantes ont été réalisées, mais les modes de rémunération, notamment dans le secteur ambulatoire, restent imparfaits

La juste couverture des coûts des opérateurs du système de soins nécessite de connaître leur structure de coûts (échelle de coûts relatifs entre les différents types de prestations, part entre les coûts fixes et les coûts variables, impact sur les coûts de la localisation géographique et/ou du profil des patients, etc.), afin de bien ajuster le prix de l'acte et/ou du forfait qui leur sera versé.

a) les travaux d'élaboration et de mise en place de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) et de la Tarification à l'activité (T2A) constituent des avancées en matière d'objectivation des coûts de revient et d'incitation à l'optimisation du système

La CCAM est une échelle des coûts relatifs des actes **techniques** des différentes spécialités médicales (dont les soins dentaires), qui couvre à la fois le coût du travail médical (stress, temps passé, technicité, effort mental), et le coût de la pratique (loyer, personnel, taxes, équipements...), évalué sur la base de coûts historiques. Par ailleurs, la mise en place de la T2A a nécessité l'élaboration d'une grille de coûts relatifs, sur la base d'un échantillonnage objectif, des différents groupes homogènes de séjour (GHS).

On dispose donc, pour les actes techniques de la médecine ambulatoire et pour la pratique hospitalière de court séjour, d'échelles de coûts relatifs fondées sur une méthodologie rationnelle. Dans les deux cas, cette méthodologie repose sur une transformation des coûts fixes en coûts

⁵⁷ En France, le principe de base pour la pratique libérale est le paiement à l'acte. On observe toutefois une diversification des modes de rémunération avec l'introduction de composantes forfaitaires.

variables : que ce soit la CCAM ou la T2A, toutes deux ventilent les coûts de structure respectivement sur les coûts des actes et des GHS.

La T2A, dont la mise en œuvre sera, en ce qui concerne les hôpitaux publics, progressive à partir de janvier 2004, assure une couverture des coûts des opérateurs⁵⁸. En effet les tarifs des GHS sont construits à partir des coûts moyens de séjour observés dans un échantillon représentatif d'établissements, et ils sont ajustés par établissement à l'aide d'un coefficient correcteur qui tient compte notamment de la localisation géographique.

La CCAM, dont la mise en œuvre doit en principe être concomitante à celle de la T2A, est destinée à servir de référence pour calculer les montants de la tarification à l'acte du secteur ambulatoire. Toutefois, on ne sait pas pour l'instant quel sera le niveau absolu des prix des actes techniques puisque le « facteur de conversion » monétaire n'a pas encore été fixé.

Par ailleurs, il convient de rappeler que la ventilation des coûts fixes de structure sur chaque acte peut, s'il existe des économies d'échelle, créer des distorsions entre les structures de soins et générer des rentes pour certaines spécialités et/ou certains modes d'exercice au sein de certaines spécialités.

Ces deux approches, de rationalisation des composantes de coût, et de globalisation par pathologie, constituent un indéniable progrès dans l'objectivation des coûts de revient.

On insistera sur le fait que ces modes de rémunération n'ont pas de vertu par eux-mêmes, et supposent qu'en soient effectivement tirées des conséquences, par exemple en matière de rémunération des coûts des opérateurs, de redéploiement ou de reconversion des établissements ou services

b) certains modes actuels de rémunération en ville n'apportent pas la preuve de leur pertinence économique

Ces rémunérations sont définies sans connaissance des structures de coûts réels.

Ainsi par exemple en ce qui concerne les professions qui participent à la distribution et à la délivrance du médicament en ville (grossistes répartiteurs et pharmaciens d'officine), leur rémunération est calculée en appliquant un certain taux de marge composé de plusieurs tranches à taux dégressif, au prix fabricant hors taxes⁵⁹. Pour les pharmaciens d'officine, il s'y ajoute un élément forfaitaire par boîte de médicament.

Or les coûts de traitement d'une boîte de médicament, et plus généralement les charges d'exploitation des grossistes et des pharmaciens, ne sont pas en rapport de proportionnalité avec le prix des boîtes qu'ils traitent. A cela s'ajoute, pour les pharmaciens d'officine, le fait que leur place dans le système de soins tient aussi à des fonctions telles que le conseil, le contrôle de l'ordonnance, ou le rappel des règles d'observance du traitement, fonctions dont la prise en charge n'a *a priori* aucune raison d'être proportionnée au prix du médicament vendu.

Le passage de la marge proportionnelle à la marge dégressive s'est certes traduit par une diminution du **taux** de marge (rapport entre la marge et le chiffre d'affaires). On est passé ainsi d'un taux de marge de 26,8% en 1995 à 25,3% en 1998 et à 24% en 2001. Mais, compte tenu de la progression des volumes d'une part, et de la modification de la structure de consommation des médicaments au profit des produits chers d'autre part, les **niveaux** de marges brutes absolues ont progressé sensiblement (+ 3% en moyenne annuelle sur la période 1995-2003, dont une progression, sur la période 1998-2001, de plus de 5% en moyenne annuelle pour la marge brute et assurément plus

⁵⁸ Sur la base de coûts moyens et non des coûts marginaux, ce qui, du point de vue théorique, ne garantit pas l'absence de rentes de situation.

⁵⁹ Le prix industriel du médicament ne représente en France que 66% du prix de vente au public

pour les marges nettes) sans véritable rationalité économique (annexe 39). Une première mesure correctrice est prévue en association à la révision du système de calcul des marges des grossistes.

De même, en ce qui concerne les actes cliniques et techniques du secteur ambulatoire, la tarification à l'acte n'est pas assise aujourd'hui sur une connaissance de la structure des coûts. Comme cela a déjà été évoqué *supra*, la mise en place de la CCAM pour les actes techniques fera évoluer cette situation. De même la future CCAM clinique, dont la mise en place est prévue pour 2005, mettra fin à l'unicité du tarif de la lettre clé consultation en introduisant différents niveaux de consultation, approche plus conforme à la réalité des pratiques.

Aujourd'hui, le prix de l'acte est défini en fonction de nomenclatures qui hiérarchisent les différents actes de soins, la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels en ville) et le CDAM (catalogue des actes médicaux à l'hôpital), auxquelles sont appliqués des coefficients multiplicateurs. Or, ces nomenclatures obsolètes ne reflètent pas les structures de coûts réels. Par ailleurs, le montant du tarif de la lettre clé, négocié avec les syndicats professionnels, reflète plus un certain état du rapport de négociation à un instant donné, que les coûts réels encourus par les praticiens.

De ce fait, alors que la solvabilisation de la demande de soins est essentiellement assurée par de l'argent public, il existe des différences importantes de rémunération nette entre les différentes professions médicales, que ne justifient pas toujours le niveau d'études et de formation, ou les sujétions, difficultés et risques de l'exercice professionnel (annexe 40). Et même si, en dehors de ces aspects les plus objectifs de la rémunération, peuvent éventuellement intervenir des éléments plus subjectifs tenant à l'intérêt du public ou à des phénomènes d'image, ils ne justifient – ni n'expliquent davantage – ces très sensibles écarts.

De même, à l'intérieur d'une même profession, des inégalités injustifiées peuvent exister. Ainsi, lorsque des économies d'échelle existent du fait de l'importance des coûts fixes - notamment pour les professions à plateau technique, telles que les laboratoires d'analyse de biologie médicale ou les cabinets de radiologie - un paiement à l'acte sans dégressivité conduit à une forte dispersion des marges suivant la taille des cabinets. On pourra noter à cet égard que la dispersion des résultats nets fiscaux est beaucoup plus forte pour les cabinets de radiologie et les biologistes que pour les autres professions de santé

<i>Dispersion des bénéfices non commerciaux des professions de santé</i>				
<i>Bénéfices non commerciaux en euros</i>	<i>1er décile (1)</i>	<i>dernier décile (2)</i>	<u>Moyenne</u>	<i>rapport (2/1)</i>
Radiologues	75 696	1 351 095	267 127	18
Laboratoires d'analyses	42 456	725 128	215 266	17
Gynécologues-ostétriciens	15 505	245 244	76 004	16
Dentistes	14 780	204 497	76 176	14
Gynécologues médicaux	16 107	211 554	66 257	13
Ophtalmologistes	22 811	288 139	98 228	12
Généralistes	12 345	143 401	59 148	12
Infirmiers	7 482	87 210	32 605	12
Dermatologues	14 367	157 958	62 971	11
Masseurs-kinésithérapeutes	8 424	83 781	36 499	10
Othophonistes	5 134	48 126	22 370	9

Source DGI, données 2001

Quant à l'efficacité économique globale, le *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, constatait déjà en 1994 que les tarifs français de biologie étaient supérieurs de 75% à ceux de la moyenne des pays de l'OCDE⁶⁰. Le *Plan Stratégique* de l'Assurance maladie évoquait également la nécessité de restructurer l'offre en « *permettant la coexistence de différents types de laboratoires, (le laboratoire de proximité, le laboratoire pratiquant de façon automatisée des analyses en grand nombre, le laboratoire pratiquant des actes réservés très spécialisés) aptes à répondre à une demande variée* »⁶¹.

2) Les modes actuels de rémunération ne s'inscrivent qu'à la marge dans des politiques explicites de promotion de l'efficacité et d'orientation de l'organisation des soins

L'étude des modes de rémunération dans les pays étrangers (cf. annexe 41 en ce qui concerne la médecine ambulatoire) montre que la rémunération des opérateurs du système de santé peut être utilisée pour appuyer des politiques explicites de promotion de l'efficacité des pratiques individuelles et d'orientation de l'organisation des soins :

- promotion de l'efficacité : la rémunération est fonction des performances financières et sanitaires (Royaume-Uni, Etats-Unis) ; une rémunération spécifique est prévue pour la prévention (taux de dépistage et de vaccination... - Royaume-Uni, Etats-Unis...)⁶² ou pour la participation à des groupes de pairs (Belgique, Pays-Bas, Etats-Unis...) ;

- orientation de l'organisation des soins : les rémunérations sont différenciées suivant la localisation et/ou les caractéristiques des populations soignées (Canada, Royaume-Uni, Allemagne, Etats-Unis, etc.)⁶³, une prise en charge de tout ou partie des frais d'informatisation et des coûts salariaux est liée à l'emploi de personnels infirmiers (Royaume-Uni, Canada) ; la rémunération dépend de la taille du cabinet (Italie, Royaume-Uni) et/ou de l'équipement et de la qualification des personnels (Etats-Unis, Pays-Bas), des capitations globales poussent au regroupement des praticiens (Etats-Unis, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Irlande, Italie, Danemark, Pays-Bas)...

En France, il existe relativement peu de mesures de rémunération destinées explicitement à appuyer une politique de promotion de l'efficacité et d'orientation de l'organisation du système de soins. Signalons :

- des dispositifs « à la marge » existent depuis plusieurs années : seuils d'efficacité pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ; forfait du médecin référent ; rémunérations liées aux réseaux ; aides à la télétransmission.

- la majoration des visites à domicile de 50% pour les patients en ALD de plus de 75 ans, ainsi que pour certaines ALD sans conditions d'âge (mucoviscidose, sclérose en plaques, accidents vasculaires cérébraux invalidants, etc.)

- les Accords de bon usage de soins (AcBUS) et les Contrats de pratique professionnels (CPP) qui prévoient pour certains des rémunérations supplémentaires pour les professionnels de santé en fonction de la qualité de leurs pratiques. Toutefois, ces dispositifs dont le niveau d'exigence reste modéré, ne couvrent qu'une très faible partie des professionnels de santé et des pathologies. En outre, les rémunérations supplémentaires

⁶⁰ *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Documentation Française, 1994, page 326

⁶¹ *Des soins de qualité pour tous, refonder le système de soins*, CNAMTS, 12 juillet 1999, page 23

⁶² La question de la prévention est traitée à la séance relative à l'organisation du système de soins.

⁶³ Les outils de la politique démographique, et notamment les différenciations tarifaires, sont traités à la séance relative à l'organisation du système de soins.

prévues sont parfois versées avant que le respect des engagements sur les pratiques soit vérifié ;

L'impact sanitaire de ces mesures n'a en outre pas encore été analysé.

Au surplus, le morcellement de la rémunération entre de multiples sources [majorations diverses (dimanche, nuits, urgence), coordination et participation aux soins palliatifs, prise en charge des cotisations sociales, aide à la télétransmission] obscurcit sa mesure exacte. Ainsi, si l'on incorpore dans les revenus d'un médecin généraliste (d'exercice moyen : 5000 actes par an) le montant de la prise en charge, par l'assurance maladie, de ses cotisations sociales, on aboutit à 9000€ par praticien et par an soit l'équivalent d'un C à près de 22 euros.

Section 4

L'état des pratiques et leur « marge d'amélioration »

L'acte médical, et plus généralement tout acte de soins, n'obéit qu'à une obligation de moyens, et non de résultat.

Mais cette obligation de moyens est exigeante : le devoir du professionnel de santé est d'assurer « des soins consciencieux (...) fondés sur les données acquises de la science » (article 32 du code de déontologie médicale).

Ces « données acquises de la science » sont, il est vrai, loin d'être toujours formalisées sous la forme de référentiels, de recommandations ou de protocoles précis.

Toutefois, depuis une vingtaine d'années, et notamment depuis la création de l'ANDEM en 1989, devenue en 1996 l'ANAES, un important travail a permis d'établir à partir de conférences de consensus nationales, ou d'examen de la littérature scientifique nationale et internationale, un grand nombre de recommandations de pratique clinique (annexe 42).

Référence médicale : formulée de manière négative (« il n'y a pas lieu de ... »), elle identifie des soins ou prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Pour les soins délivrés en ville, elle peut être rendue « opposable » aux professionnels - c'est-à-dire que son respect peut être imposé comme une norme - dans le cadre des conventions passées avec les professions libérales (médicales et paramédicales).

Recommandation de bonne pratique : également appelées *recommandations de pratique clinique*, elles traduisent l'état des connaissances médicales sous forme de *standards* de pratique à adopter face à des situations cliniques particulières.

Référentiels : terme générique. A la différence des *recommandations de bonne pratique* et des *références médicales* qui font l'objet d'une définition législative (L.162-12-15 du code de la sécurité sociale) et d'un processus d'élaboration précis, par l'ANAES ou l'AFSSAPS, le « référentiel » peut être issu de sources très diverses (littérature internationale, sociétés savantes ...)

Quel que soit le pourcentage des actes médicaux figurant à la nomenclature qui font l'objet de référentiels ou de recommandations, un constat massif se dégage de l'examen des pratiques :

1) Pour les segments d'activité où les référentiels existent, ils sont loin d'être uniformément appliqués

De nombreuses études ou enquêtes, menées notamment par les services du contrôle médical des caisses d'assurance maladie (annexe 43), montrent que, depuis la pratique médicale de ville (dépistage et traitement de l'HTA et du diabète) jusqu'aux actes plus techniques exécutés en environnement hospitalier, les pratiques sont fortement variables. Cette variabilité n'est pas a priori mauvaise en soi et n'est pas nécessairement synonyme de mauvaise pratique et d'inefficience. Elle peut provenir notamment de différences dans l'état de santé des populations soignées, ou, du côté du praticien, de son expérience ou de sa pratique.

Toutefois, ces études mettent également en évidence que de très importantes minorités, voire quelques fois des majorités de professionnels, ont une pratique qui s'éloigne nettement des données acquises de la science, et qui de ce fait est inefficace, voire inutile ou dangereuse. Citons, entre autres, la chirurgie de la cataracte pour laquelle la technique de phaco-émulsification s'impose (moins d'astigmatisme post-opératoire, récupération plus rapide) alors qu'on a constaté jusqu'à 9% d'autres pratiques. De même dans le cas d'une hystérectomie (ablation de l'utérus), une annexectomie (ablation des trompes et des ovaires) est recommandée dans tous les cas chez les femmes d'âge supérieur à 50 ans. Or on a observé que moins de trois femmes sur quatre avaient une annexectomie. Pour la pose de stimulateurs cardiaques, moins de la moitié des centres et/ou des opérateurs atteignent le niveau d'actes recommandés par la Société Française de Cardiologie. De même, dans le traitement des lombalgies aiguës, on estime à environ 20% les prescriptions inadéquates.

Traitement du cholestérol : une étude de l'Assurance Maladie sur les conditions de prescription initiale des médicaments hypolipémiants (statines, fibrates)

L'excès de cholestérol dans le sang (hypercholestérolémie) constitue avec le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires. Comme dans tous les autres pays développés (en raison de l'évolution des modes d'alimentation et d'un travail plus sédentaire), les Français sont de plus en plus touchés par ce problème.

Les stratégies thérapeutiques recommandées par les agences sanitaires⁶⁴ sont basées, avant tout, sur le suivi de règles hygiéno-diététiques élémentaires (alimentation équilibrée, exercice physique et arrêt du tabagisme). La diététique est la première étape indispensable pour faire baisser le taux de cholestérol. Dans de nombreux cas, un traitement diététique bien conduit peut permettre d'éviter un traitement médicamenteux. Ce n'est qu'après avoir constaté son efficacité insuffisante, au bout de trois mois, qu'un traitement médicamenteux (statines, fibrates) est préconisé en fonction du taux de cholestérol et du risque cardiovasculaire.

Face à la très forte augmentation de vente des médicaments hypolipémiants en France (+20 % par an sur les 15 dernières années, 1 milliard d'euros de remboursement en 2002 et 5 millions de personnes traitées), l'Assurance Maladie a voulu savoir si les conditions de prescription de ces médicaments étaient conformes aux recommandations scientifiques en vigueur pour la prise en charge de l'hypercholestérolémie.

Les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et professions indépendantes) ont mené en 2002 une étude auprès de plus de 4 000 patients. En voici les principaux résultats :

- Les patients nouvellement traités par hypolipémiants, présentent en 2002, un niveau de risque cardiovasculaire faible : 89,2 % n'ont pas de maladie coronaire et 60,7 % d'entre eux ont un risque cardiovasculaire faible.
- La majorité des patients ne suit pas les règles diététiques :
 - 53,4 % des patients, n'ont pas suivi le régime alimentaire indispensable avant l'instauration du traitement médicamenteux.
 - Parmi les fumeurs quotidiens (21,8 % des patients traités), 31,2 % ont déclaré ne pas avoir eu d'incitation à l'arrêt de leur tabagisme et 84,5 % continuaient de fumer au jour de l'entretien avec le médecin conseil.

⁶⁴ Recommandations publiées en 2000 par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé).

- Dans deux tiers des cas, l'instauration des médicaments hypolipémiants ne tient pas compte des seuils de LDL-cholestérol⁶⁵ définis par les experts :
 - un tiers des patients (33,1 %) n'ont pas eu de détermination du taux du LDL-cholestérol,
 - un tiers (33,8 %) ont un taux de LDL-cholestérol inférieur aux seuils définis par l'Afssaps pour l'instauration du traitement médicamenteux hypolipémiant ;
 - seul un tiers (33,1 %) ont eu une détermination du LDL-cholestérol et l'instauration du traitement médicamenteux hypolipémiant respectant les seuils de l'Afssaps.

Cet état des lieux révèle une banalisation importante des médicaments hypolipémiants qui sont utilisés bien au-delà des recommandations scientifiques ⁶⁶.

(extrait du dossier de presse, CNAMTS, Point d'information mensuel, 4 décembre 2003)

Plusieurs explications peuvent être avancées :

- L'ignorance ou la méconnaissance des référentiels, soit parce que ceux-ci ne font pas l'objet d'une diffusion suffisante, soit parce que les médecins ne se les sont pas appropriés. A cet égard, les expériences étrangères montrent que l'application de références médicales sans acceptation et participation des praticiens et sans accompagnement au plan local est d'une efficacité très limitée. En revanche, des dispositifs reposant sur un petit nombre de références médicales discutées au plan local ainsi que sur un contact direct, régulier et structuré entre le praticien et ses confrères, peuvent avoir des effets significatifs (annexe 44).
- Le manque de sensibilité d'une partie du corps médical à l'évaluation et à la formation continue, les effets d'« école » et de génération, conjugués avec l'absence d'incitation forte au respect des référentiels (et notamment la disparition de l'opposabilité effective des RMO) ⁶⁷. Signalons également le fait que les RMO, comme d'ailleurs les accords de bon usage des soins, ont été introduites pour la médecine ambulatoire et n'ont jamais été définies pour la pratique hospitalière⁶⁸.
- La complexité de l'information disponible. L'élaboration des référentiels est un processus souvent lent et compliqué, et débouche sur des formulations parfois peu utilisables dans une pratique courante. Il arrive, notamment dans le cas du médicament, que trop d'information « tue » l'information, en raison de la trop grande diversité des documents et des sources, et l'absence d'outil adéquat d'aide à la prescription.

⁶⁵ Le LDL-cholestérol, le "mauvais cholestérol" se dépose sur les parois des artères alors que le HDL-cholestérol, le "bon cholestérol", protège de la formation des plaques d'athérome sur les artères.

⁶⁶ CNAMTS, MSA, CANAM : *Enquête nationale inter-régimes : Pratiques d'instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002*, décembre 2003

⁶⁷ Voir sur ce point le rapport de M.Etienne CANIARD remis au ministre de la santé en avril 2002 « *Les recommandations de bonne pratique : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation* »,

⁶⁸ Un même médecin exerçant à l'hôpital et en pratique libérale, était, pour les mêmes patients, confronté à deux situations radicalement différentes : dans le premier cas il n'était pas soumis aux RMO alors qu'en ville, elles lui étaient opposables !

- La pression exercée par les patients. Ce serait le cas de la prescription médicamenteuse. Si cette pression est avérée, son effet est souvent lié à la situation de l'offre ; en zone de forte densité médicale et donc en situation de plus grande concurrence entre praticiens, le médecin peut être incité à répondre davantage à la demande des patients afin de conserver ou d'attirer de la clientèle. C'est pourquoi les démarches qui mobilisent à la fois les médecins et les patients, comme dans l'exemple récent du « bon usage des antibiotiques », sont très utiles.

Etude du CREDES sur la variabilité des prescriptions d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë⁶⁹

Alors que les recommandations de pratique clinique excluent sans ambiguïté les antibiotiques dans la prise en charge de la rhinopharyngite (sauf complications avérées d'origine bactérienne), l'étude fait ressortir une variabilité des pratiques dans ce domaine. Par ailleurs, il apparaît que la prescription d'antibiotiques est corrélée négativement (c'est-à-dire dans le sens préconisé par les recommandations) avec :

- l'âge du médecin, lorsqu'il est compris entre 35 et 44 ans ;
- la densité médicale ;
- le nombre de séances de formation médicale continue annuel ;
- la participation à un réseau de soins.

Les facteurs corrélés positivement avec la prescription d'antibiotiques (c'est-à-dire dans le sens contraire des recommandations) sont :

- la fréquence des visiteurs médicaux ;
- le nombre journalier moyen d'actes médicaux.

Il est important de noter qu'on ne peut pas pour autant établir un lien de causalité à partir de ces résultats, mais ils illustrent la multitude des facteurs explicatifs.

En tout état de cause, quelles qu'en soient les raisons, ce constat met en évidence une des zones manifestes de « sous-qualité » du système de soins, qui a un impact important tant sur le plan financier que sanitaire.

2) Par ailleurs, sur d'autres segments où les référentiels sont inexistant, difficiles à établir (prescription d'arrêts de travail) ou peu développés (prescription de médicaments), on dispose d'assez d'indices pour penser que les comportements pourraient être largement infléchis dans un sens de plus grande économie

a) la prescription des arrêts de travail

On observe une augmentation ininterrompue des arrêts de travail depuis 1997 (environ 9% de croissance moyenne par an), particulièrement forte en 2002 (+11%), essentiellement dû aux arrêts de travail dits « de longue durée » (plus de trois mois).

Comme le note la Commission des comptes de la sécurité sociale, une part de cette croissance peut trouver son explication dans le vieillissement des actifs. Un récent rapport de l'IGAS et de l'IGF

⁶⁹ MOUSQUES (J), RENAUD (T) et SCEMAMA (O) : « Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë », *Questions d'économie de la santé*, n°70, août 2003.

sur les indemnités journalières⁷⁰ constate en effet que le vieillissement de la population entraîne un accroissement de la fréquence et surtout de la durée des arrêts maladie. Toutefois, le vieillissement de la population expliquerait seulement 12% de la croissance des IJ enregistrée entre 2000 et 2002 (22% de la croissance des IJ de plus de 3 mois et 5% de la croissance des IJ de moins de 3 mois). D'autres explications méritent donc d'être avancées : croissance du nombre de salariés, ralentissement économique, marges d'action laissées aux acteurs du système du fait de la faiblesse des contrôles.

De fait, il existe de fortes disparités géographiques en matière de dépenses d'IJ maladie. Le nombre d'IJ par salarié occupé varie de 1 à 2,5 entre les départements. Alors que le nombre d'IJ versées par salarié occupé est de 9,9 en France, les départements parisiens comptabilisent un nombre beaucoup plus faible (6,3 pour Paris, 6,8 pour les Hauts de Seine, 7,5 pour les Yvelines et 7,6 pour le Val de Marne) à l'inverse des départements du Sud-Est pour lesquels ce nombre est parfois plus que doublé (12,8 pour le Var, 12,9 pour le Vaucluse, 15,4 pour les Bouches du Rhône et 18,0 pour la Haute Corse).

Dans le même temps, certains médecins prescrivent cinq fois plus d'IJ que d'autres. L'examen des comportements de prescription fait apparaître que les praticiens qui prescrivent le plus souvent des arrêts de travail sont aussi ceux qui prescrivent les arrêts de travail les plus longs.

Or, les quelques résultats disponibles montrent que, lors de contrôles ciblés réalisés par le service médical de l'assurance maladie, une part non négligeable d'arrêts de travail pouvaient être qualifiés de « non vraiment nécessaires » : sur les arrêts de courte durée contrôlés par le service médical de la CNAMTS, 12,4% présentaient des « anomalies » en 2001 (13,7% en 2000, 13,8% en 1999). Ces chiffres sous-estiment d'ailleurs la réalité, puisque les arrêts de travail de moins de 8 jours sont difficilement contrôlables en pratique.

Par ailleurs, si les arrêts de travail supérieurs à 3 mois font l'objet d'un contrôle systématique, celui-ci est d'une efficacité limitée à défaut de disposer, comme indiqué plus haut, de référentiels de prescription. Près de 403.000 arrêts de plus de 3 mois ont été contrôlés en 2001 ; 16,7% des prolongations d'arrêts n'étaient pas justifiées (17,6% en 2000).

On peut penser qu'il existe une marge importante d'usage plus mesuré et plus responsable de ce droit.

⁷⁰ Rapport commun de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances sur les dépenses d'indemnités journalières, octobre 2003

b) le volume des prescriptions médicamenteuses représente, en France, un problème massif et ancien

Les sommes en jeu sont considérables : environ 16 Md€ par an, en incluant les médicaments prescrits par des médecins hospitaliers mais délivrés en pharmacie de ville. Chaque médecin généraliste prescrit chaque année pour environ 260 000€ de médicaments en moyenne. Le rapport entre la prescription de médicaments et les honoraires est de 2,4. Ce ratio était de 2 en 1991.

	1991	2001	Taux de croissance
Honoraires bruts par an	78 600€	105 800€	3,0% en moy.annuelle
Prescriptions	Non disponible	438 500€	
<i>dont Pharmacie</i>	<i>155 800€</i>	<i>258 200€</i>	<i>5,2%</i>
<i>Indemnités journalières</i>	<i>36 700€</i>	<i>59 200€⁷¹</i>	
<i>Biologie</i>	<i>20 300€</i>	<i>26 200€</i>	<i>2,6%</i>
<i>Masso-kinésithérapie</i>	<i>13 000€</i>	<i>23 700€</i>	<i>6,2%</i>
Ratio Prescriptions/Honoraires		4,14	
Ratio Médicaments/Honoraires	1,98	2,44	

Source : SNIR – données en euros courants.

Or, même sans disposer d'une panoplie étroite de référentiels, plusieurs indicateurs permettent de s'interroger sur le bien fondé d'un tel niveau de prescriptions pharmaceutiques. On sait que l'assuré français consomme trois fois plus d'antibiotiques que son voisin allemand et plus de deux fois plus de statines (médicament anticholestérol) que son voisin anglais ⁷². Par ailleurs, le nombre moyen de médicaments par ordonnance est de 4 ⁷³ alors qu'il est couramment admis que les risques d'interaction médicamenteuse deviennent très importants à partir de trois spécialités conjointement prescrites.

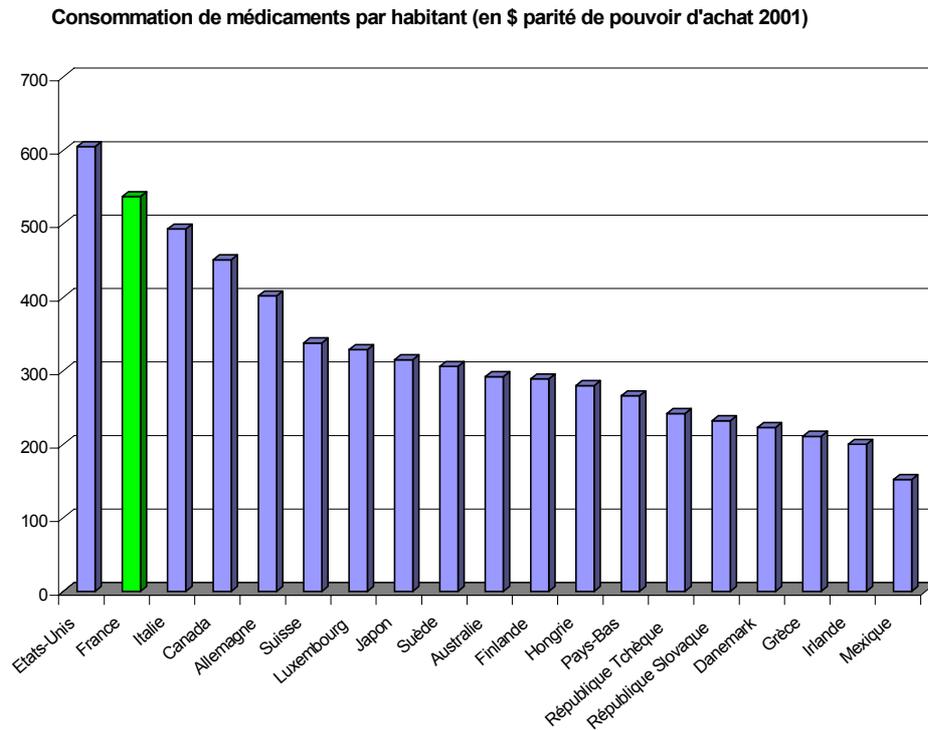
L'enjeu est ainsi loin de n'être qu'économique : quelque 130 000 hospitalisations sont liées, chaque année, à des accidents iatrogènes dus à la prise conjointe de médicaments incompatibles entre eux.

Le seul constat comparatif objectif avec les pays voisins donne la mesure des progrès possibles :

⁷¹ Avant 1994, seules les IJ maladies sont comptabilisées. Le champ n'est donc pas resté constant entre 1991 et 2001.

⁷² Source : Euro Med Stat project, 23-12-2002

⁷³ Source : Pharmastat, 2003. 1,6 unité (boîte, flacon, etc.) par ligne de prescription ; 2,5 lignes par facture ; 4 unités par facture. On entend par facture, toute facturation d'un pharmacien à l'assurance maladie à partir d'une prescription médicale.



Source : Eco Santé OCDE 2003, les données pour la Suisse, le Luxembourg, le Japon et l'Australie sont relatives à l'année 2000

Compte tenu de l'écart des prix avec les Etats-Unis, on peut affirmer que la France est au premier rang mondial en volume de consommation de médicaments par habitant.

Ainsi, que ce soit par comparaison, lorsqu'ils existent, avec des référentiels dont on constate qu'ils ne sont pas systématiquement appliqués, ou par comparaison avec la consommation des soins à l'étranger, ou encore par le constat du caractère très inhomogène des pratiques sur le territoire français, on se convainc que d'importants progrès sont possibles.

La suite du « diagnostic partagé » doit donc porter sur la question de savoir de quels moyens l'assurance-maladie dispose pour corriger effectivement cet état de fait.

Section 5

Les instruments effectifs de l'amélioration des pratiques

L'écart entre les pratiques effectives et les « standards » disponibles, soulève deux problèmes.

Il existe, comme dans toutes les autres professions, une petite fraction de professionnels de santé qui, par négligence ou par intérêt, poursuivent consciemment une pratique qu'ils savent non conforme aux normes de l'art. Repérer ces professionnels et les sanctionner est un devoir, pour la sécurité de l'utilisateur, et pour d'évidentes raisons de principe.

Toutefois, l'essentiel ne se joue pas sur ces franges heureusement marginales.

Le véritable enjeu, pour le système d'assurance maladie, est de savoir comment la très grande masse des praticiens, prêts à faire évoluer leur pratique dans le sens d'une plus grande qualité et d'une plus grande efficacité, peut être vraiment mobilisée en ce sens.

Le constat qu'il faut dresser porte ainsi, d'une part, sur la situation actuelle en matière d'acquisition et d'amélioration des connaissances et d'évaluation de la pratique professionnelle, et d'autre part, sur la manière dont les professionnels sont effectivement incités à y avoir recours.

1) L'amélioration des connaissances en cours de vie professionnelle ne fait pas l'objet d'une approche globale et indépendante

Ce jugement repose sur deux éléments de constat⁷⁴, qui ne sont il est vrai documentés que pour les soins de ville :

- En premier lieu, les tentatives d'organisation et de systématisation de la Formation médicale continue ont échoué (annexe 45). Il s'ensuit, non seulement qu'il n'est pas possible de faire état d'un dispositif cohérent de formation professionnelle continue, mais que – a fortiori – l'adéquation de l'offre de formation aux « points de faiblesse » les plus marquants de la pratique médicale n'est nullement garantie.

- En second lieu, l'information sur la prescription médicamenteuse reste massivement dominée par les industries du médicament (annexe 46).

Cet état de fait est le résultat de deux phénomènes qui se cumulent.

D'un côté l'insuffisance d'organisation et d'investissement de la part des institutions publiques : l'information mise à disposition par les différentes sources publiques (Résumé des caractéristiques du produit, Avis de la commission de la transparence, Fiches de transparence, recommandations de l'AFSSAPS, etc.) est souvent ressentie par les praticiens comme complexe et difficile d'emploi. De même, il n'existe pas de base de données publique, disponible en ligne, sur support informatique, au moment de la prescription.

⁷⁴ On notera que les carences qui sont relevées ici ne concernent que les éléments de formation et d'information « en cours de vie professionnelle ». En effet, aucune étude n'est apparemment disponible sur l'adéquation des formations initiales aux exigences de la pratique. En tout état de cause, le très rapide renouvellement des savoirs permet de considérer que la formation « en cours de vie professionnelle » est appelée à devenir une part toujours plus importante de l'acquisition des connaissances.

D'un autre côté, l'effort considérable des industries pharmaceutiques pour la promotion du médicament (évalué à plus de 20 000€ par praticien et par an), appuyé sur une connaissance fine du « profil » de chaque prescripteur, et relayé par le nombre très important des visiteurs médicaux (24 000 selon l'Association des directeurs de la visite médicale).

La Cour des comptes a attiré l'attention, à de nombreuses reprises, sur la nécessité de développer, dans ce domaine, une information indépendante.

2) Il n'existe pas de dispositif permanent et général d'évaluation des pratiques individuelles et collectives

a) en ville, les instruments d'évaluation de la pratique sont plus nombreux, mais ne font encore l'objet d'aucune exploitation méthodique (annexe 47)

Les URML (unions régionales des médecins exerçant à titre libéral) ont depuis 1993, parmi leurs missions, de « *participer aux actions d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles* ».

C'est sous leur égide, et avec l'appui de l'ANAES, qu'a été mise en place, à partir de 2002 (décret du 28 décembre 1999), une procédure d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles des médecins.

Parallèlement, l'information quantitative de chaque médecin libéral sur sa propre pratique a été améliorée par l'enrichissement récent des informations adressées par les caisses d'assurance maladie [en particulier les RIAP (Relevé individuel d'activité et de prescriptions)]⁷⁵

On doit constater, pourtant, le caractère encore très insuffisant de ces approches :

- elles ne concernent, en premier lieu, que les seuls médecins libéraux – et même en pratique, pour l'évaluation pilotée par les URML, une très faible fraction d'entre eux : le dispositif, qui n'a d'ailleurs attiré pour l'instant que quelques centaines de volontaires, ne pourrait pas accueillir, dans un délai raisonnable, les 110 000 médecins libéraux

- elles reposent sur le pur volontariat, et ne font l'objet d'aucune exploitation ou d'aucun suivi systématique : le RIAP, qui ne permet pas par lui-même, une approche qualitative de la pratique, ne donne pas forcément lieu à des entretiens ou des commentaires personnalisés. L'évaluation prévue par le décret de 1999 reste une auto-évaluation, dont les résultats sont confidentiels.

- Enfin, aucune conséquence concrète n'est tirée des résultats, et en particulier aucune articulation n'est prévue avec des programmes de formation initiale et continue.

On ne peut donc pas dire que l'évaluation fasse aujourd'hui l'objet de la mise en œuvre massive et méthodique qui serait nécessaire.

⁷⁵ Les RIAP, ne permettent toutefois pas d'approche qualitative de la pratique médicale, faute de présentation détaillée des actes et des prescriptions. Seule la transmission de données médicales, prévues par la loi Teulade de janvier 1994, serait de nature à assurer une approche quantitative et qualitative. Les décrets d'application de cette loi ne sont toujours pas parus.

b) en milieu hospitalier, l'accréditation, qui a pour but d'évaluer le fonctionnement des établissements de santé, souffre d'un déploiement insuffisamment rapide, et d'un champ thématique trop restreint

Après une phase importante et longue d'auto-évaluation des établissements qui a souvent conduit, dans les établissements volontaires, à une très forte mobilisation des équipes, l'accréditation a démarré dans les faits en 1999 (9 visites en 1999, 66 en 2000, 164 en 2001, 298 en 2002, 605 en 2003 et entre 750 et 800 prévues en 2004). Une accélération du rythme est observable depuis peu et devra s'intensifier si l'on veut que l'ensemble des établissements soit accrédité rapidement.

La démarche d'accréditation est centrée sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge des malades, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire la qualité de l'acte médical lui-même. Une nouvelle procédure d'accréditation, qui sera expérimentée en 2004 dans 40 établissements volontaires ayant achevé le premier cycle d'accréditation, prévoit un renforcement de l'évaluation des pratiques cliniques pour les pathologies les plus importantes prises en charge dans chaque établissement.

Signalons également que l'accréditation est accordée, y compris quand elle est assortie de réserves : sur 634 établissements accrédités au 30 novembre 2003, 181 le sont avec réserve (29%) et 8 avec réserves majeures (1%). Selon une enquête réalisée par la DHOS au premier semestre 2003, les agences régionales de l'hospitalisation, qui sont destinataires du rapport d'accréditation des établissements de leur région, intègrent, pour un tiers d'entre elles, les résultats de l'accréditation (réserves majeures, réserves, recommandations) dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé. (annexe 48)

3) L'amélioration effective de la pratique dans une optique d'efficacité suppose que le système de soins soit capable de se fixer des objectifs précis, médicalement justifiés, et de les tenir

La pratique soignante comporte encore beaucoup de marges d'amélioration. Ces améliorations peuvent faire l'objet, pour beaucoup d'entre elles, d'une formulation précise, voire chiffrée, qui est à la fois médicalement souhaitable et techniquement réaliste.

Le système dispose-t-il alors aujourd'hui des instruments qui lui permettraient d'atteindre les objectifs qu'il se fixerait ? La réponse paraît assez largement négative.

a) les modalités de responsabilisation financière expérimentées jusqu'à aujourd'hui n'ont eu que des résultats partiels et modestes

Il ne s'agit pas ici des mécanismes dits « de reversement » ou de « lettre-clé flottante », en vigueur entre 1997 et 2001, qui étaient des instruments de régulation budgétaire, et non pas des instruments directs d'incitation à l'amélioration de la pratique. Ils ne se présentaient d'ailleurs pas comme tels.

Les seuls dispositifs d'incitation financière qui existent aujourd'hui sont les Accords de bon usage des soins (AcBUS) (article L.162-12-17 du code de la sécurité sociale) et les Contrats de pratique professionnelle ou CPP (article L.162-12-18).

Ils permettent d'introduire une incitation financière, collective pour les AcBUS, individuelle pour les CPP, lorsque le ou les professionnels concernés s'engagent sur un « objectif médicalisé d'évolution des pratiques » (AcBUS) ou à « l'évaluation de la pratique et au respect des recommandations de bonne pratique » (CPP).

Ces contrats ne couvrent aujourd'hui qu'une faible partie de la pratique. Seul l'AcBUS relatif à l'emploi des « tests de diagnostic rapide » par les médecins généralistes a donné, pour l'instant, un résultat mesurable. L'accord de bon usage sur les visites à domicile, qui a certes eu un impact sur le nombre total de visites des médecins généralistes, n'était en réalité qu'une mesure tarifaire, et ne correspondait donc pas à la définition première de l'AcBUS.

On doit par ailleurs constater le caractère encore très incomplet de ce dispositif :

- d'une part, il ne concerne que la seule pratique libérale en ville, ne couvrant ni l'exercice libéral en clinique, ni l'exercice hospitalier.

- d'autre part, il n'aborde les contreparties financières à l'amélioration de la pratique que sous l'angle de suppléments de rémunération ponctuels, sur certains segments particuliers de la pratique, qui sont en outre loin d'être toujours les plus préoccupants. La Cour des comptes a ainsi souligné qu'aucun accord n'était en cours sur la prescription des arrêts de travail.

Il n'existe donc pas aujourd'hui, d'instrument permettant d'articuler de manière négociée la définition globale du revenu, ou de l'évolution du revenu, des professionnels de santé avec les engagements qu'ils pourraient prendre en matière d'amélioration de leur pratique.

On devrait par ailleurs, quand on détermine ces éléments « d'incitation » financière se préoccuper qu'il y ait, en même temps, « désincitation » à ce qu'un professionnel de santé adopte l'attitude inverse.

Les démarches d'évaluation et d'engagement à une amélioration de la pratique sont en effet des démarches exigeantes. Il ne faut pas que le fait, pour un professionnel, de se tenir à l'écart du processus, constitue une stratégie individuelle profitable.

b) l'amélioration de la qualité des soins a souffert d'une insuffisante appropriation de ses objectifs par les professionnels concernés

Quand on dresse une comparaison de la situation française avec les méthodes expérimentées ou appliquées dans de nombreux pays étrangers, on constate que l'on a sans doute tendance, en France, à aborder la question de l'amélioration de la pratique sous l'angle trop exclusif de savoir jusqu'où, et par quels moyens, il convient de l'insérer dans un système de contrainte individuelle. Alors qu'il conviendrait d'aborder davantage la question en termes, plus pragmatiques, d'efficacité et de résultat.

Ce renversement est nécessaire. L'efficacité d'une évaluation ou d'un apprentissage requiert en effet l'intérêt et l'adhésion de ceux qui s'y soumettent, et notamment le choix des méthodes et les outils qui se révèlent les mieux acceptés par les professionnels, les mieux adaptés aux conditions de leur pratique, les plus performants dans la durée⁷⁶.

A cet égard, et si l'on met à part le cas des « références médicales », c'est-à-dire des actes inutiles ou dangereux, il n'y a sans doute pas lieu de traiter par des approches radicalement différentes

⁷⁶ Dès le début 2004 les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles seront disponibles sous un format plus opérationnel sur la Base Française d'Evaluation en Santé (BFES) gérée par l'ANAES. Cette base accueillera les recommandations publiées par l'ANAES et les sociétés savantes, accompagnées d'un référentiel d'évaluation des pratiques. Pour chaque recommandation, le niveau de preuve scientifique sera précisé.

les segments de la pratique pour lesquels il existerait des référentiels et ceux pour lesquels ces standards sont plus incertains.

D'abord parce que, comme il a déjà été dit plus haut, la frontière entre les deux situations n'est pas très arrêtée : les référentiels peuvent être plus ou moins précis, disposer d'un niveau de preuve plus ou moins fort, ou comporter de nombreuses exceptions.

Ensuite, parce que l'interférence entre un référentiel et le traitement d'un cas médical concret soulève l'un des problèmes les plus aigus du contrôle « extérieur » de la pratique. Et donc, même lorsque ce référentiel existe et est peu contesté, les méthodes de surveillance exclusivement extérieures se heurtent à de très fortes résistances.

C'est une des raisons pour lesquelles les *comités médicaux régionaux* n'ont jamais pu fonctionner dans des conditions satisfaisantes et ont d'ailleurs été supprimés, à la demande des médecins.

Sur ce point, l'expérience des années récentes permet de dégager quelques constats qui pourraient servir d'appui à une réforme future. L'amélioration de la qualité des pratiques et de l'efficacité des soins n'est pas de l'ordre du gain marginal. Elle concerne des pans importants de la pratique médicale et paramédicale et constitue au demeurant un processus qui doit être permanent.

Pour atteindre ces objectifs d'amélioration des pratiques, l'adhésion d'une très large majorité des professionnels concernés (en ville et à l'hôpital) est à la fois possible et indispensable. Mais cette adhésion est exigeante, car elle suppose de chacun qu'il soumette certains pans importants de son exercice professionnel à un regard critique extérieur.

D'où la revendication très fréquente que ce regard critique soit celui d'un pair de confiance, et non d'une autorité munie d'un pouvoir de sanction. Le rejet des méthodes les plus « coercitives » (où le regard extérieur est articulé à un pouvoir de sanction administrative) est un constat de fait. Symétriquement, on ne peut attendre aucun résultat non plus des méthodes purement « optionnelles » (où le regard extérieur ne débouche sur rien de contraignant).

Sans aborder, à ce stade, le terrain des propositions, on peut donc constater qu'une forme nouvelle d'articulation est à rechercher entre, d'une part davantage de « liberté de moyens » confiée aux professionnels (par exemple en termes de conception, d'organisation et de gestion des outils de l'évaluation et de la formation, ainsi que d'un certain niveau de contrôle de la pratique), et d'autre part une définition plus précise, et plus ferme, de toute une série de « contraintes de résultat ».

Dans le cadre d'une telle évolution, les missions et l'organisation des services du contrôle médical des caisses nationales d'assurance-maladie devraient évidemment faire l'objet d'un réexamen d'ensemble.

Enfin, une réflexion devrait être conduite sur le rôle que doit jouer, dans l'amélioration de la pratique, l'objectif de transparence sur la qualité du système de soins, c'est-à-dire l'information de son usager-financier.

En conclusion de ce thème, il se dégage la certitude qu'il existe, en ce qui concerne le périmètre des actes et produits remboursables, leur prix, et les conditions de leur exécution ou de leur prescription, de très importantes marges de progrès.

Dans certains cas – par exemple la prescription des médicaments – ces marges recèlent la promesse d'économies substantielles. Mais en tout état de cause, dans tous les cas, elles permettent d'aller dans le sens d'une performance sanitaire à la fois plus grande, et mieux mesurable, et donc dans le sens d'une vraie justification de l'emploi des ressources de l'assurance maladie.

Qualité du système de soins

Deuxième partie : L'efficacité dans le système de soins

Dans son acception la plus complète, l'amélioration de la « qualité » du système de soins ne comporte pas seulement l'amélioration de la qualité médicale des actes et de l'efficience des soins – qui ont fait l'objet de la « première partie » du chapitre n°2. Elle comprend aussi une dimension plus organisationnelle de bon emploi, ou d'emploi « efficace » des moyens.

Cette interrogation sur la performance de l'organisation des soins conserve d'ailleurs des liens étroits avec leur qualité proprement médicale : des prescriptions non coordonnées ou des examens répétitifs peuvent par exemple entraîner des erreurs, ou des traitements inadéquats.

Surtout, au niveau du système pris dans sa globalité, toute ressource consacrée à une procédure ou une structure inefficace est une ressource perdue pour les soins utiles : l'optimisation de l'emploi des moyens est une forme de principe éthique pour la protection sociale.

Section 1

Problématique d'ensemble : répondre efficacement aux besoins, et répondre efficacement à la demande exprimée

1) La question de l'efficacité doit évidemment être posée, d'abord, par rapport à l'objectif ultime qu'est la qualité de l'état de santé de toute la population : Le système de soins conduit-il, de manière efficace, à un bon état de santé pour tous ?

La question de l'efficacité du système de soins financé par l'assurance maladie consiste d'abord à se demander si ce financement concourt au meilleur niveau de santé pour tous.

On ne peut pas nier la qualité d'ensemble de notre système de soins. Mais un regard critique est nécessaire. A cet égard, le récent classement par l'OMS du système de soins français qui en faisait « le meilleur du monde » ne doit pas faire illusion : cette évaluation repose sur un certain nombre de choix méthodologiques qui obligent à en interpréter les résultats avec prudence⁷⁷.

L'analyse se heurte toutefois à la très grande difficulté qu'il y a à mesurer expérimentalement l'impact d'un système de soins et de son organisation sur l'état sanitaire de la population à laquelle il s'adresse.

⁷⁷ Ainsi il intègre notamment, comme paramètre important de la mesure de performance, le niveau d'éducation moyen de la population : à résultat sanitaire identique, un système est considéré comme plus performant s'il s'adresse à une population moins « éduquée ». Justifiée entre pays développés et pays en voie de développement, cette modulation introduit en revanche des disparités non significatives au sein des pays développés : la France se retrouve ainsi mieux classée que le Japon ou les pays d'Europe du Nord parce que le nombre d'années d'études moyens de sa population totale est plus bas.

Pour les pays développés (et ainsi que le montrent, en France, les comparaisons interrégionales de plusieurs indicateurs généraux de mortalité et morbidité, rapprochés d'indicateurs de densité d'établissements ou de professionnels de santé), il n'est pas possible d'établir une relation claire entre le degré d'équipement sanitaire d'un territoire et l'état de santé de ceux qui y habitent (annexes 49 et 50)

***L'absence de lien empirique entre
le degré d'équipement sanitaire et l'état de santé de la population***

Si le Nord - Pas de Calais est la dernière région française en termes d'espérance de vie (69,8 ans pour les hommes, 78,8 pour les femmes, 74,2 tous sexes confondus) et l'une des dernières en termes de démographie médicale [165 médecins pour 100 000 habitants, 16^{ème} région sur 22)] et pour les lits hospitaliers (8,3 lits pour 1000 habitants, 21^{ème} région), la région au meilleur indicateur d'espérance de vie [Midi-Pyrénées : 74,5 ans pour les hommes, 81,6 ans pour les femmes, soit 78 ans tous sexes confondus] n'est que la 4^{ème} en termes de démographie médicale (222 médecins pour 100 000 habitants) et la 8^{ème} pour les lits hospitaliers (10,6 lits pour 1000 habitants).

De plus l'utilisation empirique d'indicateurs globaux d'état de santé ne s'avère pas toujours satisfaisante. Comment se faire une idée en effet du Limousin qui est la région où la mortalité infantile est la plus faible en France (6,4 pour 1000 enfants) mais dont le taux brut de mortalité est le plus élevé du pays (13,5 pour 1000 habitants) ? Cette région a le plus grand taux d'équipements en lits hospitaliers alors que l'Ile de France a le plus bas taux et la meilleure mortalité globale.

Il y a plusieurs explications possibles de ce constat.

En premier lieu, on peut évidemment relativiser sa portée. Les indicateurs statistiques de la « bonne santé » d'une population (mortalité / morbidité, maladies évitables) sont souvent sommaires, ne saisissent que les éléments les plus lourds, et ne donnent donc qu'une mesure imparfaite de ce qui est subjectivement ressenti, par la population, comme une plus ou moins grande qualité de vie et de santé.

En deuxième lieu, surtout, il est évident que l'état de santé général d'une population dépend de beaucoup d'autres facteurs que strictement médicaux : habitudes de vie, qualité de l'environnement, comportements d'hygiène et d'alimentation, etc... La part du système de soins proprement dit dans l'amélioration de l'état de santé collectif est une part relative.

Ce point n'est pas dépourvu de conséquences en termes de choix budgétaires. Car il justifie que l'on consacre une certaine proportion des ressources collectives aux opérations de promotion de la santé et de prévention primaire, autrement dit aux actions non curatives, qui prennent en compte des facteurs liés à l'environnement général de la personne.

La prévention, définitions

(voir annexe 51)

Prévention primaire : elle vise à éviter que la maladie ou l'accident ne se produise ; par exemple : vaccination, incitation au port du casque sur les deux-roues, campagne anti-tabac, sensibilisation aux accidents domestiques etc.). La prévention primaire agit sur les facteurs de risque.

Prévention secondaire : elle vise à barrer le développement de la maladie dès ses premiers signes ; par exemple : dépistage des cancers, tests de glycémie, mesure de tension artérielle, etc.)

La prévention secondaire est beaucoup plus « médicalisée » que la prévention primaire ; sa performance peut passer par d'importantes contraintes d'organisation et de qualité médicale.

Prévention tertiaire : elle vise à éviter les complications, les rechutes, les séquelles de maladies déclarées ; par exemple : traitement précoce du diabète, traitement du VIH au stade asymptomatique etc ...)

La prévention tertiaire est souvent difficilement distinguable du « soin ».

Toutefois, la plupart du temps, il n'existe pas de mesure quantitative de l'impact sanitaire des sommes ainsi dépensées. L'efficacité de certaines campagnes de sensibilisation (par exemple sur la vaccination antigrippale ou la consommation d'antibiotiques) n'est pas contestable. Mais l'évaluation reste imprécise : les arbitrages qui conduisent à consacrer une certaine part des ressources à l'« éducatif » ou au « préventif » plutôt qu'au « curatif » ne peuvent pas être effectués, aujourd'hui, sur la base de critères objectifs d'optimisation budgétaire⁷⁸.

Enfin, en troisième lieu, le fait que le volume d'équipements ou de personnel disponible n'ait qu'un impact mal mesurable sur la santé des populations tient aussi à ce que ce n'est pas la quantité de moyens qui apporte, à elle seule, la réponse aux besoins.

Une offre mal organisée – et *a fortiori* une offre surnuméraire et inutile – n'améliore pas l'état de santé. Même si elle génère une consommation de soins qui paraît justifier sa présence.

Cette affirmation de bon sens est typiquement vérifiée en matière de prévention secondaire (dépistage), où la simple augmentation de moyens, sans véritable programmation associée à des protocoles de qualité précis, peut n'avoir strictement aucune utilité, voire se révéler globalement négative⁷⁹.

⁷⁸ Il convient, à cet égard, de bien distinguer l'impact de l'action elle-même, qui est mesurable, et en général mesuré (par exemple : mesure de la « notoriété » d'une campagne d'affichage, ou mesure de la mémorisation d'un message), et la mesure de ses effets durables sur les comportements.

⁷⁹ Les « erreurs » d'un système de dépistage peuvent entraîner, s'il s'agit de *faux positifs* (test positif alors que la personne n'est pas malade), des examens complémentaires ou des interventions chirurgicales lourdes et dangereux, et s'il s'agit de *faux négatifs* (test négatif alors que la personne est effectivement malade), le retard de la découverte et du traitement de la maladie. Lorsque ce taux d'erreur est élevé, notamment par rapport à la prévalence de la maladie à dépister, le bilan médico-économique, mais aussi humain, du programme est clairement négatif.

2) La question de l'efficacité du système de soins doit aussi, simultanément (et de manière moins ambitieuse) être simplement posée par rapport à la demande de soins, telle qu'elle s'exprime objectivement. Le système est-il performant dans sa réponse à cette demande ?

Ainsi formulée, la question de l'efficacité rejoint les thèmes de l'accès aux soins, de l'équité dans l'accès aux soins, et de l'organisation efficace de cet accès (c'est à dire avec des « cheminements » dans le système qui soient optimisés pour l'utilisateur).

De ce point de vue, les critères d'efficacité seront :

- en premier lieu, que le système sache accueillir correctement la demande qui s'adresse à lui. Dans cette approche, on peut considérer que tout recours aux soins est *a priori* légitime ; mais il peut l'être avec différents degrés d'urgence ou d'importance – voire, à l'analyse, relever du simple abus. Par ailleurs, plus sa pathologie sera lourde ou complexe, plus le malade aura, en général, besoin d'être guidé dans son accès au système et dans son cheminement dans l'univers soignant.

- en second lieu, il faut tout simplement que les ressources soient employées au mieux, avec l'organisation la plus efficace et la moins coûteuse, le juste emploi des compétences aux justes niveaux, la mobilisation des moyens adéquats sans excès inutiles, etc. Tout ce qui rapproche, à certains égards, le système de soins de n'importe quel autre système de production de biens ou services, et qui doit le pousser à s'inspirer des méthodes de bonne gestion qui valent partout.

Sur ces bases, autrement dit sous la double approche de la réponse utile aux « besoins » de santé, et de la réponse efficace à la « demande » de soins, il est possible d'organiser le constat sous les trois volets qui suivent :

1°) En termes de moyens mobilisés par le système de santé, il existe un problème sérieux de répartition de cette offre sur le territoire, et de capacité de redéploiement des moyens (Section 2) ;

2°) Plus encore que la question du volume des moyens, c'est leur organisation et les conditions de leur emploi coordonné qui font l'efficacité. Or des progrès importants sont encore à réaliser sur ce point (Section 3).

De ces deux premiers constats, on peut tirer à titre de diagnostic d'ensemble, d'une part que le « système » de soins est loin de fonctionner comme un véritable « système », faute de véritable coordination de ses moyens ; d'autre part que la réflexion sur le volume global des moyens à consacrer n'a pas de sens si on ne lui associe pas une réflexion sur l'organisation de ces moyens, et sur les outils permettant de les redéployer conformément aux besoins.

3°) Enfin, il convient de souligner que l'utilisateur-patient est, lui aussi, dans la manière dont il s'adresse au système de soins, un acteur important de la qualité et de l'efficacité de sa propre prise en charge (Section 4).

Sur tous ces points, les éléments de jugement sont très souvent qualitatifs, faute de mesures ou d'études précises sur lesquelles il serait possible de s'appuyer. Les constats sont fréquemment « à dire d'expert ». Il s'en dégage toutefois le sentiment général qu'il existe, là aussi, d'importantes marges d'amélioration.

Section 2

L'offre de soins n'est pas installée de manière optimale sur le territoire

Les considérations qui suivent partent d'un incontestable état de fait : pour un grand nombre de segments de l'offre de soins, ambulatoire et hospitalière, il existe une disparité de densité dans l'installation qui ne peut pas être justifiée par les différences que l'on constate entre les populations visées (âge, pathologies dominantes, etc..) (annexe 52).

Disparités départementales dans l'offre de soins (Source Eco Santé 2003, données 2000)

Il existe des écarts de densité allant

- de 1 à 2 entre la Seine-St-Denis et les Hautes Alpes pour la démographie des généralistes libéraux (67,5 généralistes pour 100 000 habitants dans le 93 contre 136,8 dans le 05)
- de 1 à 5 pour le nombre de lits hospitaliers (4,2 lits pour 1000 habitants du Val de Marne contre 20,6 lits pour 1000 habitants de Lozère⁸⁰).

Les variations vont de 1 à 32 pour les psychiatres libéraux, de 1 à 18 pour les chirurgiens, de 1 à 10 pour les anesthésistes libéraux, les dermatologues, les rhumatologues et les orthophonistes, de 1 à 6 pour les infirmiers libéraux et de 1 à 4 pour les masseurs kinésithérapeutes.

Ces disparités soulèvent un évident problème d'équité en termes de réponse à la demande, c'est-à-dire d'équité de l'accès aux soins. Elles démontrent aussi que le système n'adopte pas spontanément une répartition qui épouse les besoins.

En outre, au delà des données brutes sur les disparités d'installation ou de nombre de personnes, des analyses plus fines établiraient vraisemblablement que les disparités géographiques sont encore plus grandes en matière de niveaux techniques ou de compétences.

Or, simultanément, les disparités territoriales et socioprofessionnelles dans l'état de santé sont relativement importantes, et représentatives d'une préoccupante inégalité de situations.

Inégalités territoriales et sociale en termes d'état de santé

Entre les régions Midi-Pyrénées et Nord Pas de Calais il y a 4,6 années d'espérance de vie de différence pour les hommes (76,6 contre 72,0). Le département métropolitain dont l'espérance de vie des hommes est la plus faible est le Pas de Calais (71,6 ans), soit 5,6 ans de moins que la Haute Garonne (77,2 ans). Pour les femmes, l'amplitude est plus faible mais le Nord a 3,5 années d'espérance en moins que la Mayenne (80,4 contre 83,9)

Quant aux inégalités sociales, on sait que l'espérance de vie à 35 ans pour un cadre est 44,5 ans contre 38 ans pour un ouvrier. De même la probabilité de décéder pour un ouvrier entre 35 et 65 ans est 26% contre 13% pour un cadre. Enfin, corrigée des effets de diplôme, de catégorie socio-professionnelle ou d'âge, la probabilité de décéder entre 35 et 65 ans d'un chômeur est 2 à 3 fois supérieure à celle d'un actif avec emploi⁸¹.

⁸⁰ Les lits hospitaliers regroupent les lits de court séjour, de soins de suite et de réadaptation, de long séjour et les lits d'hôpitaux psychiatriques. La décomposition des densités pour chaque type de lit ne conduit pas aux mêmes résultats. La 1^{ère} place de la Lozère provient du fait que la densité lozérienne de lits psychiatriques est très nettement au-dessus de celle des autres départements (4,4 lits pour 1000 habitants contre 1 pour la moyenne nationale).

⁸¹ A.Mesrine : *Les différences de mortalité par milieu restent forte*, Données Sociales, INSEE, 1999, Documentation française

1) Les instruments sur lesquels s'appuie la gestion de l'offre hospitalière n'ont pas permis tous les redéploiements nécessaires

Les redéploiements hospitaliers (fermetures, regroupements, requalifications et transformations des structures), désormais conduits sous l'égide des ARH, se heurtent en pratique à une multitude d'obstacles et de rigidités. L'annexe au PLFSS pour 2003 indique ainsi que, sur les 137 opérations de recomposition hospitalière qui étaient recensées comme « en cours » en juin 2000, seules 18 (soit 13%) étaient classées « achevées » deux ans plus tard, en juin 2002⁸² (annexe 53). La Cour des comptes reprend le même constat de difficultés et de lenteur de la restructuration dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2002.

La multiplicité des causes, juridiques, économiques, et de politique locale, empêche d'en fournir une explication unique. On peut toutefois noter que la recomposition des services au sein de la sphère publique suppose une articulation étroite entre les redéploiements de moyens (qui sont de la responsabilité de l'ARH) et la gestion des carrières médicales hospitalières ou des directeurs d'hôpitaux (qui relèvent de l'Etat au niveau central).

Par ailleurs, plusieurs logiques entrent en conflit, compte tenu de ce que peuvent représenter certains hôpitaux en termes d'emploi et d'activités locales. Pourtant, il s'agit là d'un enjeu qui dépasse celui de la seule optimisation de l'emploi des fonds de l'assurance-maladie.

Compte tenu des phénomènes de surcharge et de tension qui affectent de nombreux services hospitaliers (et à l'inverse, de la sous-activité chronique de certains équipements), la capacité de redéployer ou de concentrer des moyens est aujourd'hui une des clés de la gestion de l'offre hospitalière.

Au demeurant on doit souligner – après beaucoup d'autres - que le maintien de structures peu actives, dans lesquelles les équipes n'atteignent pas le niveau de pratique qui permet d'en entretenir la qualité, soulève une question de sécurité des soins⁸³. La tendance au durcissement des normes réglementaires de sécurité (par exemple certaines exigences d'équipement, ou certains ratios de personnel et de présence en matière de périnatalité ou d'anesthésie-réanimation⁸⁴) devrait d'ailleurs avoir pour conséquence mécanique un bien plus grand nombre de regroupements ou de requalifications de services et d'établissements.

⁸² Dans le même temps, il était lancé 57 « opérations nouvelles » : le nombre d'opérations en cours ou en projet croît donc sensiblement plus vite que le rythme des achevements.

⁸³ Le lien entre pratique et qualité des soins a déjà été évoqué dans ce constat et il convient de rappeler qu'il ne saurait y avoir de confusion entre taille d'une structure hospitalière et sécurité des soins. Le premier déterminant de la qualité des soins chirurgicaux (en termes de mortalité opératoire) apparaît être le nombre d'interventions pratiquées par le chirurgien et non la taille de la structure dans laquelle il opère. D'après les travaux les plus récents sur la question, une « grosse » structure n'offre pas *a priori* de meilleurs résultats en termes de sécurité (mesurée par la mortalité opératoire) qu'une « petite » structure. Cet élément doit être pris en compte dans toute analyse en termes de structures de proximité. Le débat sur la "taille" d'une structure paraît artificiel. Peu importe en effet la taille, pourvu que toute structure remplisse deux conditions : un nombre d'interventions suffisant par chirurgien, un environnement technique et des compétences humaines nécessaires pour garantir la sécurité.

⁸⁴ Décret du 9 octobre 1998 sur la sécurité périnatale ; décret du 5 décembre 1994 sur la sécurité anesthésique et décrets du 5 avril 2002 sur la réanimation.

2) La liberté d'installation des professionnels libéraux ne permet pas de répondre équitablement à la demande de soins

S'agissant de la médecine de ville, plusieurs rapports ont, récemment, attiré l'attention sur les fortes disparités d'installation des professionnels libéraux (médecins spécialistes et généralistes, chirurgiens dentistes, sages femmes, auxiliaires médicaux sur le territoire), que ce soit entre régions, entre départements, ou au sein des départements⁸⁵.

Quelques observations sur la démographie des professionnels de santé

Nette tendance à l'héliotropisme. La région qui a la plus forte densité de professionnels de santé est sans conteste la région Provence Alpes Cote d'Azur. Si on se situe au niveau des départements, Paris arrive en tête, suivi des départements de la région PACA.

Les écarts de densité départementale sont importants pour toutes professions de santé (de 1 à 1,8 pour les omnipraticiens, de 1 à 6,6 pour les spécialistes, de 1 à 3,7 pour les chirurgiens dentistes, de 1 à 3,8 pour les masseurs kinésithérapeutes, de 1 à 6,2 pour les infirmières et de 1 à 2,3 pour les pharmacies officinales). Le rapport de la Mission Démographie des Professions de Santé précise en outre que « à une « surdensité » d'omnipraticiens par rapport à la moyenne nationale correspond une sur-représentation des spécialistes » et que « les nouvelles installations de spécialistes sont bien corrélées aux densités existantes »⁸⁶.

Les écarts de densité inter-départementaux sont supérieurs aux écarts inter-régionaux.

Les conséquences de ce phénomène sont connues : dans les zones de « sur-densité médicale », la grande accessibilité de l'offre – et la relative concurrence entre praticiens – stimule artificiellement la consommation de soins. Dans les zones de « sous-densité », les conditions de travail des professionnels et les conditions d'accès à certains types de soins se dégradent.

A cela s'ajoute une autre inégalité territoriale qui concerne l'installation des médecins, spécialistes et généralistes, dits de *secteur II*, c'est à dire qui ne pratiquent pas le tarif conventionnel. L'existence de ces « zones grises » où la densité de médecins conventionnés est, dans certaines disciplines, particulièrement faible, soulève de manière très pratique une question d'accès aux soins remboursables. On peut, en outre, se demander si elle n'entraîne pas, par voie de conséquence, dans certaines spécialités, un surcroît de demande adressée pour ce seul motif aux services hospitaliers publics.

⁸⁵ Il faut rappeler, à cet égard, que l'échelle géographique pertinente va dépendre, évidemment, de la spécialité observée : des comparaisons interrégionales ont du sens pour les disciplines « rares » (par exemple, la neurochirurgie), alors qu'il faut descendre à des niveaux infra-départementaux pour analyser de manière adéquate la densité, par exemple, de médecins généralistes.

⁸⁶ Rapport présenté par le Professeur Yvon Berland, novembre 2002

<i>Nombre des départements dans lesquels la part des médecins en secteur 2 dépasse les 33%</i>	
Généralistes	3
Cardiologues	6
Psychiatres	8
Pédiatres	20
Gastro-entérologues	24
Dermatologues	34
Rhumatologues	38
Gynécologues	45
Ophthalmologues	53
ORL	55
Chirurgiens	81

Pour ce qui concerne les disparités de densité par spécialité, il n'est, il est vrai, pas aisé de définir ce qu'est la « sur-densité » ou la « sous-densité », faute de pouvoir définir ce qu'est le « juste niveau » de couverture du besoin (annexe 54).

Au demeurant, même s'il était possible d'établir une densité-cible qui soit autre chose qu'une simple moyenne des densités constatées, ce calcul n'aurait qu'une validité limitée puisque la réponse aux besoins doit également prendre en compte :

- les possibles évolutions du champ de compétence des professionnels concernés. On peut ainsi envisager, par exemple, qu'une partie des actes réalisés par les médecins ophtalmologistes soient confiés aux orthoptistes ou à des optométriciens ayant reçu une formation adaptée, ou que certains actes aujourd'hui « médicaux » soient exécutés demain par des infirmières, etc. Par ailleurs, il est indispensable d'envisager des « passerelles » en cours de vie professionnelle entre disciplines médicales, voire entre professions de santé.
- les nouvelles organisations du travail (ouverture de cabinets secondaires, exercice de groupe, coordination et partage du travail entre médecins et auxiliaires médicaux, télémédecine, etc.)
- et enfin les éléments de contexte local, qui font que la « densité » hospitalière, médicale et paramédicale doit se penser, non pas sur la base de périmètres administratifs *a priori* (commune, département, région), mais en termes de services à rendre, qui seront différents en zone urbaine difficile, en région de montagne, etc.

Il reste que la grande disparité des densités médicales crée une situation difficilement acceptable. Les évolutions démographiques en cours vont, dans certains cas (et notamment pour les médecins généralistes) accentuer encore les inégalités.

Dans ces conditions, et à l'instar de ce qui se fait dans plusieurs pays étrangers (annexe 55), il semble nécessaire de disposer d'instruments permettant d'orienter de manière efficace l'installation des professionnels libéraux ou le maintien de ceux qui sont en activité.

Les mécanismes d'aide financière, sous forme de *prime au départ* (le Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité, MICA), ou de *prime à l'installation* (prévue par les conventions médicales, mais actuellement en attente, nonobstant la parution du décret du 30 novembre 2003, du dispositif réglementaire complet permettant la mise en œuvre effective des zonages), n'ont pas encore apporté la preuve de leur efficacité.

***Le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité
(MICA)***

La France a mis en place ce mécanisme spécifique aux médecins en 1988. Il permet aux praticiens de percevoir une allocation de remplacement (ADR) jusqu'à 65 ans. Une fois cet âge atteint, les praticiens peuvent prétendre à leur retraite au taux plein.

Au départ, ce mécanisme était réservé aux praticiens âgés de 60 ans et impliquait l'arrêt de toute activité médicale salariée ou non. Des assouplissements ont ensuite été décidés, permettant de cumuler l'allocation de remplacement avec les revenus issus d'une activité médicale salariée (à concurrence de 124.870 Francs nets par an en 2000). Toutefois, seule une activité non médicale, salariée ou non, était cumulable sans restriction avec l'ADR.

Le MICA est financé par une cotisation à la charge des médecins conventionnés (0,55 % du revenu conventionnel net) et par les caisses d'assurance-maladie. La répartition des charges entre l'assurance maladie et les médecins conventionnés est 68,75% - 31,25%. Jusqu'en 1990, la participation de chaque partenaire était de 50%.

Ce dispositif a été prorogé par décret du 24/07/2000 jusqu'au 31 décembre 2004. Toutefois, un décret du 01/08/2003 a précisé que ne pouvaient bénéficier du MICA que les médecins de 57 à 64 ans ayant cessé leur activité avant le 1^{er} octobre 2003.

Le nombre total de bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif jusqu'à fin 2002 était 9 354 médecins. Le flux d'entrées en 2003 a été de 1000 médecins, ce qui porte le stock de bénéficiaires à environ 3 600 personnes pour un coût annuel d'environ 130 millions d'euros.

Toutefois, faute d'avoir été précisément ciblé et surtout, faute d'avoir été assorti d'un contrôle des installations nouvelles, le MICA n'a pas pu constituer un véritable dispositif de régulation de la densité médicale.

Au demeurant, l'octroi ponctuel d'une prime court toujours le risque d'être, soit trop coûteux (si la prime est élevée), soit insuffisamment incitatif, et générateur de simples « effets d'aubaine » (si la prime est faible).

Pour avoir une puissance qui le rende réellement efficace, un dispositif de régulation de l'installation devrait ainsi :

- en premier lieu, prendre en considération, outre les aspects financiers, l'ensemble de l'environnement professionnel et des conditions d'exercice. Pour reprendre ce qui a déjà été souligné plus haut : une régulation plus active de l'installation des professionnels libéraux doit pouvoir s'appuyer à la fois sur de nouvelles organisation du travail et sur de nouvelles répartitions de compétences.

- en second lieu, et par voie de conséquence, s'appuyer sur une véritable contractualisation avec l'assurance maladie. Ce qui doit conduire à lier la question du conventionnement et celle de l'installation.

3) Enfin, la répartition de l'offre de soins fait encore l'objet d'approches cloisonnées entre l'hôpital et la ville

Les instruments de planification (Schémas régionaux de l'offres de soins, et *cartes sanitaires* sur les services et les équipements) n'ont d'opposabilité – pour les « annexes » du SROS et les cartes sanitaires – que vis à vis de l'offre hospitalière (annexes 56 et 57).

L'élaboration des SROS doit il est vrai (SROS dits de *troisième génération*), tenir compte désormais de l'offre *ambulatoire* ; Mais cette disposition reste de peu d'effet, puisqu'elle ne s'appuie pas sur un mécanisme de régulation de l'offre ambulatoire qui serait effectivement opposable.

Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 3^{ème} génération

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé opère une simplification des dispositifs de planification et de coopération sanitaires en mettant en place un système plus souple et plus évolutif, dans un contexte de renforcement de la régionalisation de la mise en œuvre de la politique de l'offre de soins.

Le SROS devient l'outil unique de planification. Il intègre désormais la psychiatrie qui faisait l'objet auparavant d'un schéma régional séparé, et prend en compte les besoins de la population dans leur globalité. A cet effet, il a pour objet de fixer les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Dans une optique d'optimisation des ressources, il « tient compte » de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

La carte sanitaire est supprimée ainsi que les indices de besoins.

L'annexe au SROS précise désormais sur la base d'une analyse de l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de santé, les objectifs quantifiés de l'offre de soins par *territoire*⁸⁷ de santé, par activité de soins et par équipement.

La planification de « l'offre de soins » reste donc, aujourd'hui, une planification très centrée sur l'hôpital. Ce constat renvoie d'ailleurs à celui de l'absence de complémentarité organisée dans le travail quotidien des deux secteurs : il n'y a pas de véritable substituabilité entre l'offre médicale hospitalière et l'offre médicale de ville.

⁸⁷ Les notions de secteur ou de zone sanitaire disparaissent au profit de celle de territoire de santé, dont les limites peuvent varier selon l'activité de soins ou l'équipement concerné.

Quelques éléments de l'offre hospitalière

Une caractéristique importante du système hospitalier français est l'existence d'une dualité de l'offre, publique et privée, avec pour cette dernière une très forte implantation du secteur commercial. Si l'hospitalisation publique représente globalement 2/3 des lits, le privé est majoritaire en chirurgie ⁸⁸ (54%) et dans le moyen séjour (soins de suite et réadaptation) où il représente 57% des lits.

	Court Séjour	<i>dont</i> <i>Médecine</i>	<i>dont</i> <i>Chirurgie</i>	<i>dont</i> <i>Obstétrique</i>	Moyen Séjour	Long Séjour	Psychiatrie	Total Lits hospitalis.
Public	152 553	92 947	44 995	14 611	38 304	76 127	42 063	309 047
Privé	83 280	22 378	52 172	8 730	51 247	7 661	20 286	162 474
<i>Sous</i>								
<i>OQN</i> ⁸⁹	64 905	12 942	44 563	7 400	22 352	867	11 359	99 483
<i>Sous DGF</i>	18 375	9 436	7 609	1 330	28 895	6 794	8 927	62 991
Total Pub.+Privé	235 833	115 325	97 167	23 341	89 551	83 788	62 349	471 521

Nombre de lits hospitaliers selon le statut des établissements et la discipline (France entière, 2001)

	personnel médical	personnel non médical	<i>dont</i> <i>Administratif</i>	<i>dont</i> <i>Soignant+Educatif</i>	<i>dont</i> <i>Médico-technique</i>	<i>dont</i> <i>Technique</i>
Public	84 096	692 914	77 936	493 029	34 914	87 035
Privé	68 373	253 534	37 970	175 592	9 802	30 170
<i>Sous OQN</i>	55 775	145 911	22 927	103 128	5 249	14 607
<i>Sous DGF</i>	12 598	107 623	15 043	72 464	4 553	15 563
Total Pub.+Privé	152 469	946 448	115 906	668 621	44 716	117 205

Effectifs hospitaliers selon le statut des établissements (France entière, 1999)

⁸⁸ Comme on le verra plus tard, il convient de signaler également que 87% des places de chirurgie ambulatoire relèvent de l'hospitalisation privée

⁸⁹ Les établissements privés sont séparés en deux groupes : les établissements privés sous OQN (objectif quantifié national) et les établissements privés sous DGF (Dotation globale de financement) et qui participent au service public hospitalier (PSPH).

Section 3

Les marges de progrès dans l'organisation et l'emploi des moyens existants

La complexité croissante des traitements (qui appellent souvent l'intervention de plusieurs professions différentes), et les fréquentes alternances, pour un même patient, d'épisodes d'hospitalisation et de traitement à domicile, donnent aux questions d'organisation du système de soins une importance croissante.

La bonne « organisation » des soins est évidemment une exigence de qualité de l'acte soignant : une prise en charge mal ordonnée fait courir le risque d'une « perte de chances ». C'est aussi un enjeu technique et économique : les organisations administratives ou médicales inefficaces font perdre du temps et de l'argent ; les diagnostics redondants et les més-emplois d'équipements représentent des coûts inutiles, etc.

Sur l'ensemble de ces aspects, l'enjeu d'organisation s'exprime souvent dans les expressions de « coordination des soins » et de « continuité des soins ». (annexes 58, 59)

La coordination des soins aborde plutôt la notion d'organisation du côté des professionnels soignants. Il s'agit de veiller à ce que chaque intervenant ou chaque structure fasse ce qu'elle a à faire, et seulement ce qu'elle a à faire, tout en fournissant, au bon moment, aux autres intervenants et structures, l'appui et l'information dont ils ont besoin.

La notion de continuité des soins aborde plutôt l'organisation sous l'angle du patient. Elle comporte une dimension temporelle (le soin 24 heures sur 24), mais surtout thématique. Le processus soignant, quel que soit le nombre d'intervenants qu'il implique, doit se dérouler sans rupture de traitement, sans perte d'information ou de « mémoire » ...

Ces deux notions, distinctes, sont évidemment indissociables. La plupart des instruments qui sont utiles pour l'une le sont aussi pour l'autre (par exemple le « dossier médical partagé »).

1) Il manque encore de leviers efficaces pour améliorer l'organisation « médico – administrative » du système de soins

a) il convient d'accorder une attention particulière au milieu hospitalier public, sous les deux aspects du mode de financement et des instruments de gestion interne

Le secteur hospitalier public (avec les établissements de santé dits PSPH⁹⁰) rassemble en effet une forte concentration de ressources du système de soins : environ 40% de la dépense d'assurance-maladie (44 Md€ sur 113 Md€ en 2002), un nombre de médecins approximativement égal à celui des

⁹⁰ PSPH = privés, participant au service public hospitalier (par opposition aux établissements de santé privé sous OQN (objectif quantifié national) également appelés *cliniques privées*)

médecins de ville et près de 700 000 agents hospitaliers non médicaux (dont 110 000 dans les hôpitaux PSPH).

Il constitue, par ailleurs, le lieu de formation de l'ensemble des médecins, et offre, sur toute la gamme des disciplines médicales, des services de haut niveau que manifestent de nombreux succès scientifiques et médicaux. L'hôpital public est ainsi devenu, dans l'esprit de la plupart des gens, le lieu de recours polyvalent, compétent, et accessible en permanence. A cela s'ajoute un rôle « social » non négligeable, lorsque l'hôpital accueille des personnes dont les besoins ne sont pas exclusivement sanitaires.

Cette visibilité de l'hôpital public contraste avec le « désenchantement », souvent décrit, des personnels qui y travaillent. Médecins, cadres de direction, agents administratifs et paramédicaux expriment le sentiment de rencontrer des difficultés croissantes à accomplir leurs missions, dans un environnement de travail dont ils critiquent la dégradation.

Mais en même temps, tous les avis convergent pour souligner ce que cette *crise de l'hôpital public*⁹¹ doit aux défauts de son organisation interne, aux modalités de travail et d'utilisation des équipements, à la mauvaise répartition des dotations, etc.

Ce sentiment, qui s'appuie sur des perceptions locales, est corroboré par les comparaisons d'ensemble que l'on peut conduire à l'aide de l'Indice synthétique d'activité (point ISA) (annexe 60), issu des données du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI). Le point ISA offre une forme de standardisation de l'activité de production de soins. Sa valeur pour un établissement donné, c'est à dire le rapport entre la dotation budgétaire de l'hôpital et le nombre de points ISA de son activité annuelle offre ainsi une mesure standardisée du coût des soins.

Or on constate que, d'un établissement à un autre (et de taille comparable), il peut exister d'importants écarts de coût pour produire des soins qui, vu du patient, sont identiques. Par exemple en 2001, le point ISA valait 1,79€ au centre hospitalier universitaire de Besançon, 2,04€ pour le CHU d'Orléans et 2,38€ pour l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Cette variation se vérifie également pour tous les types d'établissement. Par exemple, deux centres hospitaliers d'Aquitaine de même activité ont des écarts de coûts de plus de 10% et cet écart atteint les 30% avec un centre hospitalier de Champagne-Ardenne. Cette dispersion des coûts de structure permet de penser qu'il existe d'importantes marges de progrès, notamment en termes d'organisation.

Le tableau ci-dessous permet de se faire une idée sur les variations de valeurs de points ISA entre les groupes d'établissements sous dotation globale et au sein de ces groupes.

⁹¹ L'expression est celle du récent rapport d'information parlementaire sur « L'organisation interne de l'hôpital (public et psph) », présenté par M. René COUANAU (Assemblée Nationale, n°714, mars 2003)

Valeurs du point ISA par type d'établissement

Catégorie d'établissement	Valeur moyenne en €	Ecart Inter quartile	Nombre d'établissements
Centre Hospitalier Régional Universitaire	1,97	0,21	29
CHRU hors AP-HP	1,87	0,22	28
Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)	1,92	0,35	20
Centres Hospitaliers (CH)	1,76	0,26	362
Etablissements de soins pluridisciplinaires	1,88	0,44	52
Ensemble des établissements de soins	1,84	0,29	479

- Les chiffres du tableau ci-dessus, en cours d'actualisation, sont issus du PMSI 1997.

- Lorsqu'on classe 100 établissements par valeur croissante du point ISA, l'écart inter quartile mesure l'écart entre l'établissement n°75 (quartile supérieur) et l'établissement n°25 (quartile inférieur). Ainsi, pour les 362 centres hospitaliers, l'écart de valeur de point ISA entre le 90^{ème} CH (25^{ème} pourcent) et le 271^{ème} (75^{ème} pourcent) est de 0,26€, soit 15% de la valeur moyenne.

- Le nombre total d'établissements n'est pas égal à la somme de la colonne correspondante, car le tableau ne reprend que les catégories pour lesquelles le nombre d'établissements est suffisamment important pour être significatif.

On peut en conclure que si la contrainte budgétaire par l'enveloppe de la dotation globale hospitalière, introduite en 1983, a sans doute limité la progression de la dépense hospitalière – sous réserve des phénomènes de report, mal connus et mal mesurés, sur les soins de ville – elle a maintenu de fortes différences de budgets entre hôpitaux ayant des activités identiques, et n'a donc pas contribué à optimiser le fonctionnement global des structures.

On doit ajouter qu'aux disparités internes aux hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier s'ajoute le constat fréquemment repris d'une forte différence de coûts entre le secteur public et le secteur privé.

La *Mission d'expérimentation de la tarification à l'activité* estime ainsi que l'écart des coûts entre les deux types de structure, une fois corrigé des écarts structurels liés à la construction même des indices (notamment l'intégration du coût des honoraires médicaux), des charges spécifiques liées aux missions de service public (enseignement, recherche, etc.)⁹² et des différentiels statutaires de rémunération, s'établirait à un niveau « chiffrable, selon les hypothèses, entre 30% et 40% ». Une des explications avancées tient à la charge en personnel non médical (PNM) : « pour 100 000 points ISA produits, le nombre de PNM en équivalent temps plein est de 3,65 dans le secteur public et de 1,43 dans le secteur privé, soit un écart de 155% »⁹³. On peut aussi remarquer que les deux ensembles de chiffres ne reposent pas sur les mêmes séries de coûts⁹⁴. Les débats du Haut Conseil ont montré qu'il est difficile, aujourd'hui, de dégager une méthode qui permettrait une comparaison rigoureuse de ces écarts – en vue, notamment, de savoir s'ils peuvent ou non s'expliquer, et jusqu'à quel niveau, par les spécificités

⁹² Que la Cour des comptes (rapport Sécurité sociale 2002) estime globalement à 2Md€.

⁹³ Rapport d'étape de la Mission d'expérimentation : B.Marrot, H.Gilardi, « *Expérimentation d'une tarification à la pathologie des établissements de santé* », avril 2002.

⁹⁴ Les dépenses des hôpitaux publics sont mesurées par rapport à leurs budgets, et intègrent par exemple les provisions comptables, alors que celles des cliniques privées sont égales aux dépenses remboursées par l'assurance maladie.

structurelles du secteur public. Il paraît indispensable de pouvoir arriver à des conclusions étayées sur ce point. Il est donc important d'affiner l'analyse, afin d'identifier les raisons, éventuellement organisationnelles, qui peuvent expliquer des différences d'un tel ordre de grandeur. (voir annexe 61)

La Tarification à l'activité constitue une amélioration sensible des modes de tarification puisqu'elle doit permettre, comme son nom l'indique, une meilleure prise en compte de l'activité effective des établissements lors de l'allocation des ressources. La mise en place progressive de cette T2A devrait, il est vrai, inciter les établissements à mener une réflexion sur l'orientation de leurs activités et à faire converger leurs coûts de structure⁹⁵.

On ne saurait toutefois s'en remettre entièrement à cette nouvelle tarification, quels que soient ses très réels mérites : elle n'est qu'un des leviers de la réforme.

En premier lieu ses effets n'atteindront de véritable efficacité qu'après quelques années (10% des budgets concernés en première année, avec une généralisation prévue sur huit ans), et ils ne portent, en tout état de cause, que sur les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (court séjour)⁹⁶. La recherche des améliorations de productivité peut donc faire, en parallèle, l'objet de démarches plus rapides.

En second lieu, aucun instrument financier n'a, à lui seul, de vertu réorganisatrice. Les contraintes de financement créent une pression à la recherche d'efficacité interne ; mais celle-ci doit, pour être féconde, s'accompagner d'instruments de pilotage du changement. A la fois sous la forme de systèmes d'information (la Cour des comptes soulignait, en 2002, que mise en place de la comptabilité analytique⁹⁷ ne progressait que lentement dans les établissements de soins publics et privés), et sous la forme d'expertises critiques et ciblées (« audit d'organisation médico-techniques ») sur l'utilisation des ressources.

C'est de l'articulation du nouveau mode de financement et de démarches expertes de ce genre qu'on pourrait attendre, sans doute, les plus grands gains d'efficacité.

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que la tarification n'est, ni un instrument d'amélioration de la qualité des pratiques médicales, ni un instrument de planification – même si les constats tirés du nouveau mode de tarification peuvent aider à identifier les redéploiements les plus urgents. Le nouveau mode de financement ne dispense donc pas de traiter, par des politiques propres, les questions d'évaluation de la qualité des soins et de concentration des moyens, évoquées dans les précédentes sections.

b) il est souvent souligné que l'hôpital public ne dispose pas des mêmes leviers de management que les autres structures du domaine sanitaire

Le rapport de présentation du plan Hôpital 2007 (février 2003) fait ainsi état d'une gestion interne qualifiée de « sclérosée ».

Ont ainsi été dénoncées, à de nombreuses reprises, différentes rigidités de gestion des ressources humaines (politique de rémunération n'assurant pas la reconnaissance des responsabilités,

⁹⁵ La valeur du GHS pour les cliniques privées, qui n'intègre pas les honoraires des praticiens, restera toutefois, notamment pour cette raison, structurellement différente de la valeur du même GHS dans le secteur public. Une convergence est cependant prévue sur plusieurs années.

⁹⁶ A l'exclusion, donc, de la psychiatrie et du moyen séjour. Par ailleurs, il n'existe pas encore de système d'information médico-économique (PMSI et valorisation des GHS) sur le long séjour et l'hospitalisation à domicile.

⁹⁷ Obligation introduite par un décret du 31 juillet 1992 ...

de la performance ou de la pénibilité ; gestion de carrière centralisée avec peu de marge de manœuvre locale pour les recrutements, absence de politique structurée de mobilité ; absence d'outils et de modalités d'évaluation individuelle, etc.). De même, les procédures budgétaires et administratives sont considérées comme trop lourdes et rigides, génératrices de coûts de gestion inutiles. Pour prendre un exemple frappant, la répartition des séjours hospitaliers par régime d'assurance maladie (général, agricole, travailleurs indépendants), qui vise uniquement à déterminer la part respective de chacun dans le financement de la dotation globale de fonctionnement, est une procédure qui mobilise beaucoup de temps et de personnel, alors que son intérêt administratif, et même financier, est pratiquement nul.

A cela s'ajoutent des difficultés propres aux conditions de « gouvernance » de l'hôpital, soit de manière interne (la concurrence et l'imbrication des pouvoirs du conseil d'administration, du directeur d'hôpital, de la commission médicale d'établissement, des chefs de service, des communautés universitaires, a conduit une mission d'information parlementaire à parler de « déficit d'autorité à l'hôpital »⁹⁸), soit vis à vis des autorités extérieures, Agences régionales d'hospitalisation et administrations centrales de l'Etat.

Un processus de réforme de la gestion interne de l'hôpital a été engagé dans le cadre du plan Hôpital 2007, et fait actuellement l'objet de consultations, avec les différents acteurs du monde hospitalier public.

Cet axe de réforme, facteur de qualité de service et de performance médicale, est aussi, à l'évidence, un élément important d'optimisation de la dépense hospitalière.

c) en matière de soins de ville

L'instauration en 1996 d'un dispositif d'actions expérimentales, bénéficiant de modalités de financement et de prise en charge dérogatoires, avait pour but de tester des formes nouvelles de coordination des soins, notamment sous la forme de *filières* et de *réseaux* de soins (annexe 62). Ce dispositif, initialement centralisé, expérimental et relativement sélectif, a été pérennisé et régionalisé en 2002, en étant doté d'une enveloppe financière spécifique au sein de l'ONDAM (la *dotation nationale de développement des réseaux*)⁹⁹.

Ce qui devait, au départ, constituer une sorte de « banc d'essai » documentaire, permettant d'acquérir une expérience et une meilleure connaissance des formules nouvelles, avant d'éventuelles généralisations, a progressivement changé de nature. Il s'agit aujourd'hui d'une sorte d'« espace de liberté » réglementaire et tarifaire, qui vise l'expression d'initiatives locales.

Le bilan de ces sept années d'« actions expérimentales » est mitigé. Il est né une grande diversité de réseaux mettant à chaque fois en évidence une très forte implication d'acteurs locaux. Certains promoteurs ont su ainsi rassembler les capacités et les volontés autour de projets fédérateurs.

⁹⁸ Rapport présenté par M. René COUANAU, mars 2003, précité

⁹⁹ L'année 2003 doit être considérée comme une année de mise en place du dispositif et de démarrage, l'année 2004 sera la première année pleine de fonctionnement. En 2005, la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) devra donc permettre, hors mesures nouvelles, la prise en charge en année pleine des réseaux déjà financés par décisions antérieures, des réseaux expérimentaux (ancien article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) et des réseaux bénéficiaires du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) avant la suppression de ce dernier prévue en 2006.

A ce jour, la quasi-totalité des régions ont ainsi constitué un « guichet unique », secrétariat technique commun à l'ARH et à l'URCAM ainsi qu'un comité régional des réseaux. Les conventions à conclure entre le directeur de l'ARH et de l'URCAM pour définir les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement sont signées et les orientations relatives au développement des réseaux ont été dans l'ensemble définies et proposées par les directeurs concernés à leur instance délibérative respective.

Toutefois les enseignements restent très qualitatifs et ne permettent pas d'en tirer des comparaisons rigoureuses avec les modalités alternatives « classiques » en place. Faute qu'aient été affichés de manière directive quelques schémas fondamentaux à mettre à l'étude, l'acquisition d'une connaissance méthodique d'un nombre limité et prioritaire de formes alternatives d'organisation des soins n'a pas eu lieu. Certaines formules (par exemple les « filières » de soins, qui consistent à définir et imposer des points d'entrée précis et exclusifs dans le système de soins) n'ont pratiquement pas été testées, alors qu'il aurait été intéressant de pouvoir se forger, à leur égard, et dans un contexte français, une opinion solidement étayée.

Le mérite de toutes ces expériences aura cependant été d'imposer l'idée selon laquelle la performance du système de soins ne repose pas seulement sur la qualité de chaque entité de ce système, mais sur la pertinence globale des « trajectoires de soins » par lesquelles les patients passent de l'une à l'autre.

On doit d'ailleurs insister sur cette évolution fondamentale des catégories : la distinction entre, d'une part, les soins *organisés* (qui comprennent aussi bien les organisations lourdes des programmes de santé publique, que les différents modes de travail coordonné de professionnels traitant un même patient), et d'autre part le recours discontinu au système de soins (par sollicitations épisodiques, sans que soit assurée la *traçabilité* de ces différents épisodes), est aujourd'hui la distinction la plus pertinente, c'est-à-dire la plus discriminante en termes d'organisation et de financement. Elle relègue – ou devrait reléguer – les distinctions plus traditionnelles, et finalement peu significatives sur le plan médical, telles que les classiques oppositions soins hospitaliers / soins ambulatoires ou encore soins préventifs / soins curatifs.

2) Un lieu particulier de « déperdition d'efficacité » doit faire l'objet d'une mention spécifique : la frontière entre la « ville » et l'hôpital

Les soins hospitaliers, d'un côté, et les « soins de ville », d'un autre côté, font l'objet, pour des raisons à la fois techniques et historiques, de traitements administratifs et financiers très cloisonnés.

Entre les deux se situent les soins « ambulatoires », c'est à dire effectués sur un plateau technique hospitalier mais sans hospitalisation (et, par conséquent, avec des soins post-opératoires qui sollicitent davantage les professionnels qui exercent « en ville »)

D'où l'existence, en réalité, de deux frontières qu'il ne faut pas confondre :

a) celle, d'abord, qui passe au sein de l'hôpital et sépare les soins « avec hospitalisation » des soins « ambulatoires »

Le soin « ambulatoire » oblige l'hôpital à développer d'autres formes d'accueil, de prise en charge et de suivi des patients, et aussi des formes plus structurées de collaboration avec le réseau de soins de ville (qu'il s'agisse d'auxiliaires médicaux appelés à intervenir à domicile, ou des médecins généraliste et spécialistes qui soignent le patient).

Une étude récente sur le développement de la chirurgie ambulatoire (annexes 63 et 64) montre que ces pratiques, à la fois plus légères pour l'usager, et moins coûteuses pour l'assurance maladie, se mettent en place de manière extrêmement disparate, sans rationalité d'ensemble, et avec un très grand retard ce qui se pratique déjà dans de nombreux autres pays.

Les résultats essentiels de l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire

1) Comparativement aux autres pays de l'OCDE, la France accuse un important retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. Alors qu'aux USA, 94 % des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire, 85% au Canada, 78% au Danemark, 67% en Hollande et 60% en Grande Bretagne, seulement 30%¹⁰⁰ sont pratiqués en ambulatoire confinant la France au 12^{ème} rang (sur 14) en termes de développement.

2) On note un important déséquilibre entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Le secteur privé sous Objectif Quantifié National (OQN) disposait, en 1999, de 81% des places de chirurgie ambulatoire installées et réalisait 87% des interventions chirurgicales en ambulatoire. En revanche, le secteur public sous dotation globale (DG) comportait 19% des places installées et réalisait 13% des interventions chirurgicales en ambulatoire. Par ailleurs, il existe une très grande disparité des pratiques professionnelles selon les régions (exemple pour la chirurgie de la cataracte : 58% sont réalisés en ambulatoire en Poitou Charentes contre seulement 11% en Haute Normandie).

3) Il existe en France un très important potentiel de substitution vers l'ambulatoire. Dans le cas de la cataracte, où 73% des interventions nécessitent encore une hospitalisation en France, la proportion d'interventions pouvant être réalisée en ambulatoire pourrait se situer à terme entre 70 et 90% ; de même dans le cas des cures de hernies inguinales ou crurales le taux de chirurgie ambulatoire pourrait au moins être multiplié par dix chez l'adulte ; la grande hétérogénéité de la pratique de la chirurgie ambulatoire en France selon les établissements renforce l'idée d'un potentiel de développement important. A titre d'exemple, le potentiel de substitution de la chirurgie de la cataracte en Ile de France est de 32%, celui des extractions dentaires en Basse Normandie de 79% et celui de l'arthroscopie du genou en Alsace de 49%.

4) Les séjours pris en charge en ambulatoire coûtent moins cher à l'assurance maladie que les séjours en hospitalisation complète. Ce différentiel est, selon les actes, compris entre 7 % et 26 % dans le secteur privé et entre 25 % et 51 % dans le secteur public. Ce différentiel s'observe évidemment pour la période d'hospitalisation elle-même mais également pour les périodes en amont et en aval de l'intervention. C'est-à-dire qu'une personne opérée par chirurgie ambulatoire mobilise en moyenne avant, pendant et après son intervention moins de ressources qu'une personne opérée traditionnellement.

Pour les cinq actes étudiés (arthroscopie du genou, intervention sur le canal carpien, intervention sur les varices, opération de la cataracte, extraction de 2 dents de sagesse), l'estimation au niveau national des économies potentielles est de 100 millions €.

b) celle, ensuite, qui sépare la prise en charge de certaines fonctions par les structures hospitalières, et la prise en charge d'autres fonctions par la médecine de ville

D'un côté, l'hôpital est un lieu vers lequel peuvent librement se diriger, sans filtrage ni nécessité médicale affirmée, des demandes de soins qui ne relèvent pas forcément de ses plateaux techniques ou de la spécialisation de ses équipes.

¹⁰⁰ En 1999, 2,2 millions d'interventions chirurgicales ont été pratiquées en chirurgie ambulatoire et 5,1 millions en hospitalisation complète.

Le recours aux urgences en est un exemple, avec près de 13,5 millions de passages par an¹⁰¹ dans les urgences des établissements de santé publics en 2001, en augmentation de 64% entre 1990 et 2001 (annexe 65).

Alors que le rythme de progression des entrées directes en hospitalisation de courte durée n'augmente, sur les dix dernières années, que d'environ 1% par an, le nombre de passages aux urgences s'accroît, lui, de près de 5% chaque année. Comme le nombre d'hospitalisation à la suite de ces passages n'augmente pas plus vite (1% par an) que le nombre d'entrées directes, on peut en conclure que la croissance des urgences à l'hôpital n'est pas due à des urgences qui devaient nécessairement se diriger vers l'hôpital. A l'évidence, le partage de la charge ne s'effectue pas correctement, sur ce point, entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Sans doute le problème réside-t-il moins, d'ailleurs, dans les « urgences » proprement dites que dans les demandes qui relèvent d'une simple « permanence des soins » au delà des heures d'ouverture des cabinets de ville.

L'hôpital souffre ainsi de l'absence de « structuration » de l'accès à ses services, structuration qui ne peut passer que par une plus forte coordination avec la médecine de ville

Pour autant, les structures hospitalières sont loin – d'un autre côté – d'offrir systématiquement aujourd'hui au praticien traitant, généraliste ou spécialiste, qui leur adresse un patient, les contacts médicaux, les facilités administratives et les garanties de délai ou d'information qu'il pourrait attendre. En dehors des cercles relationnels informels, et de quelques formules ponctuelles de « réseaux de soins », il n'y a pas de formes structurées de « partenariat » pour la prise en charge, à l'hôpital, d'un patient adressé par la médecine de ville.

La qualité du soin, humaine et médicale, se joue ainsi, très fréquemment, à la frontière de l'hôpital et de la ville, sans qu'aucune régulation commune, ni aucun mode de financement, n'incite à l'optimisation des modes de travail.

3) Un premier constat d'ensemble est ainsi que le « système » de soins n'est pas organisé comme un « système »

Pour faire face à la demande, ses différentes ressources s'articulent entre elles de manière relativement spontanée, et ne trouvent pas toujours les voies les plus efficaces de la coordination.

Il y existe, d'un côté, un certain nombre de rigidités : par exemple la frontière entre l'hôpital et la ville, ou certaines séparations de compétence entre professionnels libéraux.

D'un autre côté, on y constate plusieurs « libertés » d'organisation qui ont un coût : que ce soit, du côté des professionnels de santé, la liberté d'installation ou la liberté de travailler seul ou en équipe, ou du côté des assurés, la liberté d'accès direct à tous les segments, libéraux et hospitaliers, du système de soin.

Pour optimiser l'emploi des ressources, on ne peut ainsi préconiser, ni simplement « plus de libertés » pour les acteurs du système, ni simplement « plus de contraintes », mais des correctifs sur les unes et les autres et surtout, leur plus juste et plus cohérente articulation.

Ceci s'illustre bien au vu des quelques enseignements généraux du travail en « réseau ».

Mettre en place une prise en charge « protocolisée » entre plusieurs professionnels de santé ou avec le plateau technique d'un hôpital ou d'une clinique, suppose évidemment certaines « libertés »

¹⁰¹ A rapprocher des quelques 23 millions de séjours hospitaliers.

supplémentaires, notamment sur le plan financier (la faculté, par exemple de rémunérer forfaitairement des heures de « coordination » ou du personnel administratif).

Simultanément, elle introduit de nouvelles contraintes d'efficacité. Par exemple, il est presque toujours nécessaire de mettre en place un « dossier médical partagé » entre les différents intervenants. Pour que ce dossier serve à quelque chose (et même : pour qu'il ne soit pas dangereux), il doit être, en fonction du champ de compétence de chaque intervenant, consultable par tous, et systématiquement rempli par chacun.

C'est là un niveau d'exigence auquel n'avait pas été possible d'aboutir en pratique au moment de l'introduction du carnet de santé, en 1996.

4) Un second constat d'ensemble est que toute réflexion prospective sur les moyens doit intégrer une réflexion sur l'organisation

Quand un système souffre de défauts d'organisation et de coordination, le fait d'y injecter simplement davantage de ressources ne permet pas d'en améliorer les performances.

Toute réflexion prospective sur les moyens financiers et humains à consacrer au système de soins financé par l'assurance maladie doit donc intégrer, en parallèle, des dimensions d'organisation et de méthodes de travail.

Un exemple en est fourni par les politiques de suivi de la démographie médicale et paramédicale. Aucune « densité » absolue n'a de sens par elle-même : toute évaluation du nombre de professionnels à former devrait donc s'accompagner, au besoin à des échelles très locales, d'une réflexion sur la place et du rôle de chacun, et sur la manière dont, par de nouvelles méthodes de travail, les compétences des uns et des autres pourraient mieux s'articuler.

Un autre exemple est celui des « files d'attente » qui sont dénoncées, pour certaines consultations de spécialistes (ophtalmologie) ou certaines actes techniques lourds (imagerie). Or, même dans les cas où des « tensions » locales sur la demande peuvent faire l'objet d'une évaluation objective, on doit constater qu'elles interviennent dans un système où la liberté d'accès direct au spécialiste, l'absence de flexibilité dans la répartition des compétences, l'absence de régulation de l'accès aux plateaux techniques lourds, l'inefficacité des plannings d'utilisation des appareils, etc ... ne permettent de garantir, ni l'usage rationnel et optimal des ressources existantes, ni l'usage rationnel et optimal des moyens supplémentaires à mobiliser.

Section 4

L'usager est acteur de la qualité et de l'efficacité de sa prise en charge

L'usager, sous sa double qualité d'assuré et de « patient », n'est pas un sujet passif du système de soins.

D'abord parce que, dans un système qui repose sur le principe du libre choix du médecin – et plus largement du soignant – c'est l'usager qui décide, sinon de tout son parcours de soins, du moins de la manière dont il y accède. Il peut ainsi librement s'adresser à la médecine hospitalière ou à la médecine de ville, à un généraliste comme à un spécialiste, et le cas échéant à plusieurs reprises pour la même affection.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les praticiens regrettent souvent la « pression » ou les « exigences » de leur clientèle. Preuve que l'attitude du patient n'est pas sans influence (même indirecte) sur le comportement du prescripteur.

A cela s'ajoute que, sur beaucoup d'aspects, la qualité ou l'efficacité d'un traitement peuvent dépendre du comportement du patient lui-même : selon que celui-ci aura eu recours ou non à une consultation de prévention, respectera la posologie de la prescription, etc...

Enfin, au-delà de cette implication pratique de l'usager dans le fonctionnement du système à son propre profit, on ne peut pas ne pas mentionner son implication plus abstraite et « de principe » : l'usager-assuré est nécessairement acteur du système, puisque l'assurance-maladie obligatoire, reposant sur le principe de la « solidarité nationale »¹⁰², revêt le caractère d'un bien collectif.

Autrement dit, l'usage individuel du système de soins s'inscrit, en droit et en fait, dans une forme de partage collectif d'un système dont chacun porte sa part.

Pour autant, aucune de ces modalités, théoriques ou concrètes, de participation de l'usager au fonctionnement du système de soins, ne permet de dégager, à proprement parler, une « responsabilité individuelle » de chaque assuré à l'égard de sa propre consommation de soins remboursables.

Le patient n'est en effet jamais lui-même ordonnateur des soins qu'on lui rembourse. Les biens et les services lui sont toujours prescrits par un professionnel de santé (ou dans un établissement de santé), et c'est à ce professionnel qu'incombe, en dernière analyse, la responsabilité de faire obstacle à des demandes injustifiées ou abusives.

On peut objecter que tout n'est pas toujours dans les mains du prescripteur. Ainsi, par exemple, aucun prescripteur n'a de prise sur le recours éventuellement inutile et répétitif à d'autres prescripteurs.

Mais on revient toujours, y compris pour les comportements de consommation que l'on peut qualifier de médicalement abusifs, à ce constat que le patient n'est pas, sauf exception, le bon juge de ce qui est médicalement nécessaire pour lui. Attendre de lui qu'il oriente ou limite spontanément sa consommation de soins remboursables, ce serait l'obliger à des arbitrages pour lesquels il n'est, le plus souvent, pas compétent.

En revanche, et en raison même du caractère collectif de la prise en charge, il est indispensable que l'assurance maladie indique les formes de recours aux soins qui sont, de manière incontestable, les plus efficaces ou les plus efficaces. Et il est légitime qu'elle en fasse des priorités collectives, en les favorisant, le cas échéant, par des incitations financières.

En somme, la « responsabilité » dans l'accès aux soins couverts par l'assurance maladie obligatoire est, et doit rester, une responsabilité collective. Celle-ci consiste d'abord à ce que soient proposés les modes de prise en charge les plus efficaces et efficaces (§1), et à informer l'usager de

¹⁰² C'est l'expression qui figure au premier article du code de la sécurité sociale (L.111-1)

leur existence et de leurs atouts (§2). La liberté de l'usager s'exprime alors dans le choix d'y avoir ou non recours. Mais il relève de cette même responsabilité collective d'orienter éventuellement le choix de l'assuré par des mesures incitatives (§3), lorsque ceci est de nature à encourager le développement des prises en charge médicalement et économiquement les plus performantes.

1) Proposer les modes de prise en charge les plus efficaces

La liberté de choisir son ou ses soignants est une liberté paradoxale si elle aboutit à faire peser sur l'usager du système de soins l'obligation d'organiser lui-même la succession des intervenants (médicaux, paramédicaux, auxiliaires de vie) dont il a besoin.

Ainsi, par exemple, les patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques n'ont, la plupart du temps, pas la liberté d'accéder à des formes de prise en charge structurées.

L'une des forces de l'hôpital est – en principe - d'offrir une telle prise en charge structurée et complète. Mais elle ne peut concerner que des épisodes ponctuels, et pose des problèmes de « rupture » au moment où le patient retourne à son domicile. En dehors de quelques rares « réseaux de soins », aucune offre de soins coordonnée n'existe, de manière organisée, en médecine de ville.

De même, l'assuré n'a pas le choix aujourd'hui (en dehors, là encore, de quelques structures de « réseau »), de disposer d'un dossier médical partagé dans lequel il aurait la garantie d'une inscription complète de toutes les informations nécessaires à ces soins, en contrepartie de l'engagement de sa part de ne pas faire obstacle à cette complétude, et donc d'accepter l'inscription des caractéristiques essentielles de tous ses épisodes de soins, afin de ne pas induire en erreur les soignants qui s'y fieraient¹⁰³.

Un exemple d'identification de la fonction de coordination : le plan cancer de septembre 2003

Un des objectifs prioritaires du plan cancer de septembre 2003, en termes d'organisation des soins, est d'améliorer la coordination des acteurs de soins, à l'hôpital et en ville, par la généralisation des réseaux de cancérologie et une régulation graduée des structures de soins.

L'une des mesures significatives de ce plan consiste en la création d'une véritable fonction de coordination par l'identification d'une personne spécifiquement en charge de ce rôle dans chaque établissement qui traite des patients en cancérologie. Le « coordinateur » sera ainsi chargé de mettre en place un *dossier communiquant de cancérologie*, opérationnel au sein de tous les réseaux en 2007. Afin de garantir la continuité des soins sur l'ensemble du territoire national, la couverture de l'ensemble des régions françaises par un réseau régional de cancérologie doit être effective d'ici fin 2004

L'usager ne pourra être « acteur » de ses soins que si ces instruments de prise en charge coordonnée lui sont – parmi d'autres - effectivement proposés.

¹⁰³ Il est clair que le dossier médical « complet » qui est ici décrit n'entre pas – et ne saurait évidemment entrer – en conflit avec les principes fondamentaux du secret médical. L'assuré qui choisit librement un tel dossier « complet » doit être assuré qu'il ne sera consulté que par ceux qui sont ses soignants directs.

2) Garantir l'information de l'assuré

Le principe du « choix libre et éclairé » est aujourd'hui un des principes canoniques du rapport à l'acte de soins, dégagé par la jurisprudence, et repris dans les textes déontologiques et législatifs (loi du 4 mars 2002, article L.1111-2 du code de la santé publique). Curieusement, ce principe n'a pas d'équivalent strict en matière d'assurance maladie : le patient a un droit au « choix éclairé » face aux soins ; il ne s'est pas encore expressément vu reconnaître le même droit face au système de soins.

Il s'agit pourtant, à l'évidence, d'une aspiration complémentaire et de même nature, qui s'exprime d'ailleurs dans le bouche à oreille ou les « enquêtes » de magazines généralistes. L'inégalité dans l'information, notamment en fonction du capital relationnel dont dispose le malade, constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins.

Cette recherche individuelle d'information porte d'ailleurs autant sur les « qualités » ou « compétences » particulière d'un service ou d'un professionnel que, de manière générale, notamment dans les cas les plus lourds, sur la bonne manière de se faire soigner et sur la bonne articulation à trouver entre de multiples intervenants. On y retrouve ainsi, sous l'angle de l'information, la question déjà évoquée de la coordination des soins¹⁰⁴.

S'agissant de la demande d'information sur la valeur technique des intervenants, on ne peut évidemment espérer aboutir immédiatement à une « transparence » sur la qualité professionnelle et médicale intrinsèque de tous les actes des structures et des professionnels de santé. La mesure du résultat en médecine est, on le sait, une des plus complexe qui soit.

Il reste, en premier lieu, qu'à côté des résultats indétachables de l'exercice de l'art médical, dont la qualification est certainement délicate, il existe aussi des « résultats » qui se rattachent davantage à un fonctionnement technique (tels que le taux d'infections nosocomiales dans un service de soins), ou à l'application de référentiels indiscutables, et qui peuvent par conséquent faire l'objet d'indicateurs¹⁰⁵.

De même, et en second lieu, on peut se demander pourquoi n'est pas davantage développée aujourd'hui la transparence sur les moyens. Ne serait-ce que dans tous les cas où cette juste information sur les moyens mis en œuvre est une condition de la sécurité des soins : tel l'exemple des radiographies de dépistage, dont la fiabilité suppose que le patient ait recours à un professionnel qui offre un certain nombre de garanties d'équipement, de pratique et de procédure (double lecture).

Information des usagers : l'exemple des médecins libéraux

L'étendue de l'information dont peut disposer un assuré sur un médecin exerçant à titre libéral est limitée par le principe selon lequel la médecine « ne peut être exercée comme un commerce ».

Les articles 79, 80 et 81 du code de déontologie médicale énumèrent ainsi, de manière limitative, les informations que les médecins sont susceptibles de faire figurer sur leurs ordonnances, dans les annuaires publics ou sur leurs plaques.

En fait, l'information est proscrite dès l'instant qu'elle peut être regardée comme revêtant un caractère publicitaire ou qu'on estime qu'elle introduit un « dénigrement » des autres praticiens.

¹⁰⁴ Le recours croissant aux urgences hospitalières (point 3.2, 2°) s'explique d'ailleurs en partie, ainsi qu'on l'a dit, par le fait que celles-ci constituent une « porte d'entrée » rapide, simple et sûre dans le système de soins.

¹⁰⁵ Certaines professions de santé, tels que les directeurs de Laboratoires d'analyse de biologie médicale, sont d'ailleurs d'ores et déjà soumis à des tests de résultat extrêmement rigoureux.

De cette frontière difficile à tracer, la jurisprudence fait une application assez restrictive. Un récent arrêt de la Cour de cassation (3 juin 2003) condamne ainsi une campagne de communication de l'assurance maladie en faveur des médecins référents, en estimant que s'il était possible « de faire état des mérites » du médecin référent, il n'était pas possible en revanche de laisser entendre qu'il présentait des « avantages que n'offraient pas ses confrères ».

La loi du 4 mars 2002 a, certes, introduit dans le code de la sécurité sociale, le nouvel article L.162-1-11 qui permet aux caisses d'assurance maladie de fournir aux assurés « *tous éléments d'information (...) sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles* ». Mais on peut penser que cette disposition ne tranche pas le débat sur la frontière entre information simplement « qualitative » et information « comparative »

Les modalités de cette « transparence » doivent évidemment faire l'objet d'une réflexion : des indicateurs trop sommaires, ou exploités de façon tendancieuse, peuvent tromper le patient autant que l'absence d'indicateurs.

Par ailleurs, outre le contrôle de l'information de « transparence », il faut étudier aussi ses modalités de diffusion. Les expériences étrangères (annexe 66) enseignent que les systèmes d'information institutionnels n'ont guère d'influence directe sur les choix des patients, mais exercent en revanche leurs effets sur les professionnels eux-mêmes.

3) Orienter les choix de l'assuré dans le sens de la qualité et de l'efficience des soins

Plusieurs instruments d'incitation financière de « l'assuré – consommateur de soins » existent ou sont en débat.

Le ticket modérateur

La loi (article L.322-2 du code de la sécurité sociale) a posé le principe selon lequel une « participation » reste à la charge de l'assuré, le taux de cette participation (que l'on appelle « ticket modérateur ») étant fixé par décret

A l'origine, ce reste à charge systématique poursuivait le but de « modérer » la consommation de soins, en laissant à la charge du patient une part non négligeable de sa dépense.

On peut considérer que cette finalité n'a plus, aujourd'hui, qu'une portée extrêmement limitée, compte tenu de la proportion très élevée (environ 95%) d'assurés bénéficiaires, soit d'une couverture complémentaire, soit d'une prise en charge intégrale par l'AMO.

Au demeurant, l'introduction d'un « reste à charge » systématique (c'est-à-dire automatiquement lié à chaque produit consommé ou chaque acte exécuté, sous forme de franchise, de ticket modérateur, etc.), ne paraît pas un moyen pertinent pour orienter la consommation de soins¹⁰⁶ :

- en premier lieu, il ne peut fonctionner que s'il est interdit au patient de s'assurer (donc d'être couvert par l'AMC) sur le reste à charge en question. L'expérience du « ticket modérateur d'ordre public », en 1979, a montré les complexités d'une telle réglementation.
- En deuxième lieu, il devrait, pour être efficace, atteindre un niveau qui entraîne, du même coup, des comportements de report ou de renoncement à des soins pourtant nécessaires.

¹⁰⁶ Cette critique ne vise, bien entendu, le « ticket modérateur » ou la « franchise » qu'en tant qu'elle poursuit le but de modifier le comportement de consommation de soins. Toute autre est l'approche par laquelle un « ticket modérateur » ou une « franchise » est seulement introduite en vue de diminuer le coût de la prise en charge collective, en laissant à l'assurance maladie complémentaire la faculté de couvrir la différence.

- En troisième lieu, il n'oriente absolument pas la consommation de soins vers la qualité et l'efficacité, ce qui est sans doute son défaut rédhibitoire. Car il prouve que cet instrument, outre ses « effets pervers », ne vise pas la bonne cible.

Les organismes d'AMC semblent d'ailleurs partager cette analyse, puisqu'ils mettent fréquemment en avant, comme argument de promotion de leurs offres contractuelles, la suppression la plus poussée possible du reste à charge de l'assuré.

L'avance de frais

Le principe de « l'avance de frais » par l'utilisateur n'a pas été instauré dans une perspective de régulation de la consommation. Il découle de la notion de « paiement direct » des honoraires par le malade, principe législatif (notamment : article L.162-2 du code de la sécurité sociale) qui veut traduire la relation directe qui doit exister entre le soignant et le soigné.

La loi a toutefois prévu, dans un esprit de commodité pour l'assuré, de nombreuses exceptions.

Aujourd'hui, une grande partie des transactions de soins font ainsi l'objet d'une procédure de « tiers payant » : l'assureur-maladie (AMO, et souvent aussi AMC) payant directement l'établissement ou le professionnel, et évitant à l'utilisateur de faire l'avance de sa dépense.

Taux de tiers payant en 2002	
Généralistes	22%
Spécialistes de ville	14%
<i>dont : Radiologues</i>	59%
Dentistes	15%
Sages-femmes	62%
Infirmiers	86%
Masseurs kinésithérapeutes	68%
Pédicures podologues	3%
Orthophonistes	54%
Orthoptistes	12%
Laboratoires d'analyse	72%
Fournisseurs(y compris pharmaciens)	92%
Transporteurs sanitaires	95%
Etablissements	98%
Total	71,2%

Lorsque ce *tiers payant* est intégral (AMO + AMC) – on parle alors couramment de « dispense d'avance de frais » - il peut alors masquer à l'assuré le coût du produit ou des soins qu'il consomme.

A ce jour, aucune étude n'a cependant démontré que l'introduction d'une dispense d'avance de frais induirait des comportements notables de sur-consommation.

La modulation de la prise en charge selon le mode de recours aux soins

Seule la situation objective de l'assuré (titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail, reconnaissance d'une affection de longue durée, maternité, etc.) peut aujourd'hui conduire à moduler, d'un assuré à l'autre, le taux de remboursement d'un soin. Il n'existe aucun mécanisme de modulation des cotisations d'assurance-maladie (CSG ou cotisations sociales) d'un assuré en fonction de son comportement face à la prévention ou à l'usage du système de soins¹⁰⁷.

Il existe toutefois deux exceptions récentes à cette absence de modulation de la prise en charge : l'accord des visites à domicile, et le remboursement des médicaments génériques à un *tarif forfaitaire de responsabilité*. Avec un certain succès, ces dispositifs ont voulu inciter les assurés à adopter des comportements d'efficacité, c'est-à-dire de choix d'une démarche représentant, à qualité égale, des coûts moindres pour l'assurance-maladie.

Exemples d'incitation :

l'accord de bon usage de soins sur les visites à domicile et le tarif forfaitaire de responsabilité

L'accord de bon usage de soins (AcBus) sur les visites

Cet AcBus partait d'un constat : la France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de médecins généralistes hors cabinet. Ainsi en 2001, 65 millions de visites ont été remboursées par l'assurance maladie ce qui représente environ 23,5 % de l'ensemble des consultations et visites. De surcroît, il existe de fortes disparités régionales qui ne peuvent toutes être justifiées par des raisons médicales.

¹⁰⁷ Réserve étant faite du cas, déjà signalé, des accises sur le tabac qui financent l'assurance maladie en ne pesant que sur les seuls fumeurs.

A la suite d'un accord important entre les caisses d'assurance maladie et la profession médicale intervenu le 5 juin 2002, un nouveau mode de prise en charge des visites à domicile a été défini. Les parties signataires entendaient ainsi favoriser les soins dispensés au cabinet du médecin. En effet, sauf lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les soins dispensés au cabinet du médecin apportent une meilleure garantie de qualité au patient et contribuent à améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes. La situation résultant de cet accord est la suivante. Lorsque l'état du patient le justifie, la majoration de déplacement (10€) qui s'ajoute au tarif de la visite (20€ pour un généraliste) est prise en charge par l'assurance maladie. Dans le cas contraire, seul l'acte de visite est pris en charge et le déplacement, considéré comme un service demandé par le patient, n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les termes de l'accord prévoyaient une diminution de 5% des visites la première année d'application. Les premiers résultats sur les 8 mois qui ont suivi l'accord montrent que le nombre de visites remboursées par le régime général a chuté de 22,5, % par rapport à la période correspondante de l'année précédente. Il y a eu un transfert partiel des visites sur les consultations mais globalement le nombre de consultations et de visites a baissé de 1,1 % en un an.

Le tarif forfaitaire de remboursement

Dans le cadre de la politique du médicament, une nouvelle disposition est entrée en vigueur depuis le mois de septembre 2003. Pour un certain nombre de groupes de médicaments dont le développement des génériques a été jugé insuffisant (taux de pénétration des génériques inférieur à 45% du marché), le tarif de remboursement par l'assurance maladie obligatoire a été fixé à un niveau forfaitaire, appelé *tarif forfaitaire de responsabilité* (TFR). Le principe est le suivant : pour ces groupes de produits, un patient qui se voit prescrire un médicament donné, peut soit acquérir les produits du groupe au TFR (et il sera remboursé aux conditions habituelles), soit acquérir le produit à prix supérieur et, dans ce cas, la différence entre le prix et le TFR sera à sa charge. L'incitation économique du consommateur passe alors par ce reste à charge.

Ce principe est connu depuis plusieurs années dans d'autres pays européens (Allemagne, Pays-bas, Espagne, etc.) sous le nom de *tarif de référence*. Dans tous ces pays, la réponse des industriels du médicament a été la même et quasi instantanée : ils ont ramené les prix de leurs produits au niveau du tarif de référence afin de conserver leur marché. Cette stratégie est également celle appliquée dans l'ensemble par les industriels en France puisque, pour les 71 groupes de médicaments concernés (qui regroupent 71 produits princeps et 400 génériques), le prix d'une vingtaine de produits n'a pas baissé au niveau du TFR. Aujourd'hui, en termes de chiffre d'affaires, environ 80% du marché concerné est au TFR.

Ces approches relèvent encore de l'exception. Surtout, il n'existe pas, aujourd'hui, de faculté de moduler le remboursement selon la démarche de soins qui serait librement choisie par l'assuré.

Une telle modulation paraît cependant souhaitable, et légitime, chaque fois qu'elle s'effectue :

- au profit d'un processus de soins ou de prévention qui offre un supplément objectif de qualité ou d'efficience.
- dans des conditions de choix réel et pleinement informé de la part de l'assuré
- et, chaque fois que possible, en accompagnement d'une mobilisation parallèle, sur les mêmes objectifs, du personnel soignant.

L'exemple qui vient naturellement à l'esprit est celui de la promotion des comportements de prévention. Il consiste à moduler le taux de remboursement des soins selon que l'assuré peut ou non établir qu'il a, avant de tomber malade, suivi un certain protocole déterminé de prévention (qui diminuait en principe les chances de survenance de la maladie).

Des dispositifs de ce type existent par exemple dans le système d'assurance maladie allemand. Ils ont également été employés, en France, par une compagnie d'assurance qui a proposé la prise en charge d'un médicament anti-grippal pour les assurés en cas d'échec de la vaccination préalable contre la grippe.

L'exemple du système allemand

En Allemagne, l'adoption d'un comportement de prévention, dans le domaine des soins dentaires, ouvre le droit pour l'assuré à des taux de remboursement plus élevés des prothèses et implants dentaires. Ainsi, le taux de remboursement augmente de 50% à :

- 60%, si l'assuré a été consulter un dentiste au moins une fois par an pendant les cinq dernières années :
- 65%, s'il a fait cette visite annuelle pendant les dix dernières années.

Les enfants entre 6 et 18 ans doivent avoir été examinés deux fois par an pour bénéficier de cette disposition.

Par ailleurs, la loi relative à la réforme du système de santé, adoptée le 17 octobre 2003, prévoit la possibilité pour les caisses de sécurité sociale d'offrir à ses assurés des avantages, sous forme de diminutions des contributions ou du versement de primes, en échange de certains comportements (participation à des programmes de prévention ou à des actions de dépistage, inscription auprès d'un médecin référent ou dans un programme spécifique pour les maladies chroniques...). Les modalités précises devront être déterminées par chaque caisse.

Cette approche pourrait être étendue aux soins dentaires (modulation de la prise en charge des soins prothétiques selon l'attitude de prévention et le recours suffisamment précoce aux soins conservateurs), dans le cadre de démarches garantissant la continuité du soin par les chirurgiens dentistes ou les médecins stomatologues.

Plus généralement, de telles modulations pourraient être utilisées pour favoriser différentes formes de prise en charge coordonnées.

Certaines maladies dites « de longue durée », pathologies à la fois lourdes et chroniques, qui sollicitent de manière régulière des intervenants très divers, sont des candidats naturels pour une telle réforme. La « protocolisation » des soins n'a pas nécessairement à y prendre la forme d'un « réseau » de professionnels nommément identifiés. Mais elle doit assurer la traçabilité intégrale du processus de soins, une garantie de suivi permanent de l'état de santé général du patient, et le meilleur emploi, à cette fin, des compétences médicales, paramédicales ou hospitalières.

Il a également été proposé d'associer à des modes de remboursement majorés les formes d'accès aux soins par lesquels tout recours aux spécialistes – voire à l'hôpital – devrait s'effectuer par l'intermédiaire d'un praticien généraliste (principe dit du « gatekeeping »). En France, la seule expérience qui s'en approche et qui soit actuellement en cours est, depuis 1997, l'option conventionnelle du « médecin référent ». Celle-ci ne comporte toutefois aucune modulation du remboursement (mais simplement, pour le patient, une dispense d'avance de frais). La Cour des comptes a indiqué qu'une évaluation approfondie de ce dispositif paraissait nécessaire.

Chapitre trois : La gouvernance du système d'assurance maladie

La question de la « gouvernance »¹⁰⁸ du système d'assurance maladie doit conduire à traiter les principales questions institutionnelles : quels sont les acteurs du système, et quels sont leurs outils pour agir ?

- quels acteurs, ou qui doit faire quoi ? C'est une question de définition des champs de compétence, et donc des responsabilités des uns et des autres, et du même coup, de définition des objectifs sur lesquels ces responsabilités seront évaluées.

- quels outils, ou avec quels moyens ? C'est à la fois la question des moyens juridiques (faut-il agir par la réglementation, le contrat, l'incitation financière, etc. ?) et des moyens matériels et humains à consacrer à certaines missions.

La question est d'autant plus complexe que le secteur de la santé est confronté de fait à une double gouvernance : celle d'un système de production de soins qui fait intervenir des professionnels de santé et des établissements de santé, et celle d'un système d'organisation et de gestion qui fait intervenir des institutions (Parlement, gouvernement, caisses nationales d'assurance maladie, organisations syndicales de professionnels de santé, usagers, etc.), ces deux systèmes étant fortement interdépendants.

Pour conduire un diagnostic de la situation actuelle de l'assurance maladie, l'option est la suivante :

- ou bien partir des institutions et des acteurs et s'interroger sur les rôles, théoriques et effectifs, des uns et des autres.

- ou bien – et c'est l'approche qui est retenue dans cette note - tenter de dégager les « fonctions » essentielles qui doivent être remplies, en se demandant qui, aujourd'hui, les assure, et dans quelles conditions.

¹⁰⁸ Gouvernance

Définition:

Manière d'orienter, de guider, de coordonner les activités d'un pays, d'une région, d'un groupe social ou d'une organisation privée ou publique.

Note(s):

La substitution de « gouvernance » à des notions telles que « gouvernement » ou « gestion » est révélatrice d'une évolution significative dans l'exercice du pouvoir. La gouvernance se distingue de la notion traditionnelle de « gouvernement », qui reste associée dans la langue française à une forme organisée, rationnelle et cohérente du pouvoir. La gouvernance, par ailleurs, renvoie à un processus de coordination qui permet à l'exercice des pouvoirs politiques, économiques et administratifs de s'effectuer à tous les niveaux de la structure du système national, régional et local par différents acteurs disposant à des degrés divers de pouvoirs de décision. Elle se traduit donc concrètement par une participation accrue de la société civile organisée à l'élaboration des décisions et à leur mise en œuvre.

[Office québécois de la langue française, 2003]

Section 1

Les fonctions fondamentales du système d'assurance maladie

1) Les quatre fonctions fondamentales du système d'assurance maladie : cadrage de la prise en charge, organisation du système de soins, gestion du risque et allocation de ressources

Même si tout découpage comporte sa part d'arbitraire, on peut, sans grand risque de se tromper, dégager quatre grandes « fonctions » fondamentales dans notre système de prise en charge collective des frais de santé. Il convient de les exposer dans leurs grandes lignes, avant d'en préciser certains éléments dans les sections suivantes :

a) la fonction de « cadrage », et de définition des principes et règles du système d'assurance

C'est à cette fonction que se rattache, d'abord, la définition de l'économie même de l'assurance maladie, qui va s'inscrire – notamment, mais pas seulement - dans des normes juridiques de haut rang : Constitution, Lois organiques, Lois ordinaires et de financement.

Elle consiste à définir ce qu'est, ou ce que peut être la prestation d'assurance maladie, et les différentes modalités et conditions de prise en charge. Dans sa déclinaison détaillée, elle porte donc sur la définition du périmètre des soins remboursables, sur les conditions et modalités d'inscription dans ce périmètre, ou les principes du remboursement (existence de prise en charge à 100%, etc.).

Elle comporte aussi un volet financier : quelle somme la collectivité est-elle prête à consacrer chaque année (si l'on reste dans une perspective de budget annuel) à l'ensemble des soins pris en charge collectivement ? C'est l'un des objets de la loi de financement de la sécurité sociale.

b) la fonction d'organisation du système de soins

L'assurance maladie ne repose pas, à la différence de l'assurance vieillesse, sur de simples flux financiers. Elle prend appui sur un système de soins dont il faut, en permanence, assurer l'efficacité et l'adéquation aux besoins.

A cette fonction d'organisation structurelle du système de soins se rattachent ainsi, par exemple, toutes les tâches de planification et de régulation démographique. Mais aussi celles qui portent sur les modalités permanentes d'organisation du travail (c'est-à-dire la définition des champs de compétence des professions, les règles générales d'intervention et de coordination des acteurs de santé).

Les conditions générales de participation au système de soins sont également un élément de son « organisation ». Ainsi des différentes normes de sécurité, ou des conditions et modalités d'accréditation (et, si elles devaient être introduites, de certification).

c) la fonction de gestion médicalisée du risque

C'est la fonction qui s'attache au fonctionnement courant du système : au respect bien sûr des règles administratives du remboursement (contrôle individuel des actes et des prestations), mais aussi à la recherche de son optimisation médicale : respect des bonnes pratiques, évaluation et formation des professionnels, incitation des usagers à adopter des comportements de prévention et de bon usage des soins, etc.

A cette fonction se rattache évidemment tout ce qui est nécessaire au « pilotage » du système en termes d'information médicale et économique sur son fonctionnement.

d) la fonction d'allocation des ressources

C'est la fonction qui rassemble tous les choix de financement, dans le respect des règles de « cadrage » des fonds collectifs. Elle consiste à décider du prix des actes ou des produits, des allocations budgétaires (pour des hôpitaux), mais le cas échéant aussi de tarifs forfaitaires, de rémunérations associées à des contrats individuels, etc ...

Le financement doit s'effectuer conformément aux droits des assurés sociaux, tout en accompagnant et appuyant les orientations prises en matière d'organisation ou de gestion du risque.

Cette fonction comporte évidemment, en même temps, un aspect très important de fixation de revenu pour quelque 1 690 000 professionnels de la santé.

2) Ces quatre « fonctions fondamentales » sont en étroite interaction

On ne peut pas aborder l'étude de ces différentes fonctions en pensant qu'elles peuvent être exercées par des acteurs qui n'auraient pas besoin de se coordonner entre eux.

C'est évidemment le cas pour la fonction de « cadrage » législatif et réglementaire, dont les détenteurs sont nécessairement à l'écoute des institutions en charges des autres fonctions. Par exemple, il peut être nécessaire de faire évoluer les règles de paiement ou de prise en charge si l'on veut faire de la place à des modes d'organisation ou de gestion du risque innovants. De même, la fixation d'un objectif budgétaire doit tenir compte de l'organisation et du fonctionnement du système de soins.

Un lien très fort unit par ailleurs la fonction d'« organisation » du système et la fonction de « gestion du risque ». Il s'agit de deux faces complémentaires de ce qui doit rester une approche unique, et cohérente, du système de soins. Plusieurs tâches se situent d'ailleurs à la frontière des deux fonctions et donc, souvent, à la frontière de deux champs de compétence. Ainsi, la formation initiale des professionnels relève de l'organisation du système, alors que l'évaluation de la pratique se rattache plutôt aux aspects de fonctionnement, donc de « gestion du risque ». Dès lors, on peut hésiter sur le rattachement de la formation continue, dont les liens avec l'évaluation sont certains. Cette question, qui n'est qu'un exemple, n'a rien d'académique : comment doit-on répartir la compétence entre les acteurs sur la gradation continue des différents types de formation (formation professionnelle conventionnelle, formation médicale continue) ?

Enfin, comme on l'indiquait plus haut, la fonction d'allocation de ressources (c'est à dire, pour l'essentiel aujourd'hui, de fixation de budgets, de prix ou de tarifs) ne peut pas s'effectuer sans lien avec les politiques d'organisation ou de gestion du risque. Là encore, c'est autour du lien à trouver entre deux fonctions que naissent plusieurs débats essentiels : par exemple, si la gestion du risque est coordonnée entre AMO et AMC, la fixation des tarifs doit-elle l'être aussi ? ou encore : des politiques d'organisation *régionalisées* doivent-elles s'accompagner de politiques tarifaires *régionalisées* ? etc.

Ainsi, si les sections qui suivent abordent les quatre « fonctions fondamentales » de manière séparée et successive, le diagnostic doit porter non seulement sur la manière dont chaque fonction est aujourd'hui remplie, mais aussi sur la cohérence d'ensemble de la « gouvernance ».

3) A ces quatre fonctions s'ajoutent quatre importantes missions : le service des prestations, l'information des assurés, les recherches et études, le contrôle de gestion

Aux quatre fonctions fondamentales de pilotage du système d'assurance maladie, on peut ajouter au moins quatre missions importantes, qui en sont indétachables :

a) la mission de service des prestations (et plus généralement de service à l'utilisateur)

Le paiement de la prestation n'est pas, en tant que tel, un élément qui définit la nature du système d'assurance maladie. Mais il fait partie, globalement, du service rendu à l'assuré.

Aux paiements proprement dits peuvent s'ajouter d'autres services : information sur les droits, tiers payant, flux électroniques, etc., lesquels peuvent d'ailleurs s'insérer dans des démarches contractuelles visant à favoriser tel ou tel mode de soins (et rejoindre, de la sorte, des préoccupations d'organisation des soins ou de gestion du risque).

La particularité de cette mission est d'être très largement partagée entre AMO et AMC.

b) la mission d'information des patients

Il convient de distinguer ici trois types d'informations de nature différentes.

Premièrement, l'information sur le système d'assurance-maladie. Il s'agit de permettre aux assurés d'en comprendre la nature. L'expérience courante des Français ne les y conduit pas naturellement. Leur recours aux soins porte, pour la plupart d'entre eux, sur des soins de ville, de montant modeste par épisode de soins, avec un taux de prise en charge par les caisses primaires moyen. Mais ils n'ont que rarement conscience des dépenses très importantes afférentes aux malades à forts débours. De ce fait,

- ils sous estiment le poids des dépenses maladies et, de façon corollaire, les recettes qui les financent
- malgré cette sous estimation, ils jugent que les cotisations sont élevées et que le taux de remboursement est faible. D'où le sentiment que le système fait l'objet d'abus, fraudes et gaspillages, facteurs qui expliqueraient le constat amer d'une dégradation du système (hausse

des charges, baisse du taux de remboursement ont, caractère récurrent du « trou de la sécurité sociale »).

Le deuxième type d'information concerne les droits au remboursement, la manière dont un dossier d'indemnisation particulier est traité. Il s'agit là d'une composante du service des prestations.

Troisièmement, l'information sur le système de soins. Sur ce plan, contrairement à la situation d'autres pays étrangers, la transparence en matière d'informations est loin d'être assurée. L'inégalité dans l'information, notamment en fonction du capital relationnel dont dispose le malade, constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins.

Il est important de pouvoir répondre aux demandes d'information et fournir aux patients des éléments portants autant sur les « qualités » ou « compétences » particulières d'un service ou d'un professionnel que sur la bonne manière de se faire soigner et sur la bonne articulation à trouver entre de multiples intervenants.

c) la mission de recherches et études en économie et en sociologie de la santé

Sans, là encore, faire directement partie des instruments de pilotage d'un système d'assurance maladie, la connaissance fondamentale des comportements économiques et sociaux, dans leur relation aux soins, est un élément nécessaire de transparence et de rationalité dans la définition des politiques.

Sans nier la qualité des quelques travaux disponibles, on peut dire que cette mission ne mobilise pas, aujourd'hui, des moyens au niveau de l'importance des enjeux.

d) la mission de contrôle de gestion

Tout système de production utilise des méthodes d'analyse de ses processus et de contrôle de sa gestion. Le secteur de la production des soins de santé doit, lui aussi, être à la recherche d'outils de contrôle de gestion, développer et améliorer les systèmes de production et d'analyse de l'information et mettre en œuvre des audits adaptés aux spécificités du secteur.

Section 2

La fonction de cadrage ; équilibre financier ; conditions de prise en charge et détermination des recettes

1) Le cadrage global et la responsabilité de l'équilibre financier du régime d'Assurance Maladie

a) le dispositif issu des ordonnances de 1967

- La Caisse nationale a la responsabilité de veiller à l'équilibre du régime. Ce principe est jugé cohérent avec :

- ° la nature de l'assurance maladie qui gère un salaire différé,
- ° la composition paritaire du conseil où l'équilibre entre organisations de salariés et organisation patronale permet de prendre en compte l'ensemble des considérants économiques et sociaux qui doivent sous-tendre la maîtrise financière du régime.

- A cette fin, la Caisse nationale a le devoir de procéder aux ajustements nécessaires à l'obtention de l'équilibre financier du régime. Cette contrainte d'équilibre est d'autant plus exigeante qu'elle doit respecter le principe selon lequel l'Assurance Maladie ne doit pas s'endetter, le plafond d'avances étant strictement limité au lissage de la trésorerie). Pour parvenir à l'équilibre, la Caisse nationale :

- ° peut modifier les taux de prise en charge et les conditions d'exonération ou de limitation du TM. Mais dans cette fonction,
 - + elle ne peut s'affranchir des principes législatifs qui définissent les principes de la prise en charge
 - + sa position ne devient effective que si elle est reprise par le gouvernement au titre de son pouvoir réglementaire. La position « aval » du gouvernement pose un problème concret d'équilibre entre les deux parties qui est analysé ci-dessous au paragraphe 4.
- ° peut modifier le taux des cotisations (qui sont à l'époque la ressource quasi exclusive de l'assurance maladie). Mais dans cette fonction, elle dépend de la « couverture » de sa position par le gouvernement

- En cas de carence, le gouvernement peut mettre la Caisse nationale en demeure de prendre les mesures de redressement des comptes afin de rétablir l'équilibre financier du régime

- Si cette mise en demeure n'est pas suivie d'effet, le gouvernement se substitue à la Caisse nationale défailante.

Bien que ce dispositif n'ait pas été formellement aboli, les ordonnances de 1996 ont fait le choix d'un portage de la régulation différent

On peut se demander si le dispositif est cohérent :

- d'une part, avec la réalité du partage effectif des responsabilités sur le champ complexe des dépenses de soins (comme la Caisse nationale n'est pas responsable, et de loin, de la totalité de ce champ, il est peut être irréaliste de lui confier la fonction d'équilibrage du régime, et notamment l'ajustement des recettes)

- d'autre part, avec la composition du conseil.

Sans doute, la CMU, pas plus que la CSG, n'a-t-elle pas modifié de façon substantielle le fondement de l'Assurance Maladie qui reste très majoritairement un système de gestion de la partie du salaire différé affecté au risque maladie. A ce titre, la « gestion paritaire » par les partenaires sociaux peut garder son sens. Mais au-delà de cet aspect, l'assurance maladie – à la différence des autres systèmes « paritaires » qui gèrent des prestations légales (les retraites, les prestations familiales, l'indemnisation du chômage...) - définit, en tout ou partie, les conditions de travail et de rémunération de près de deux millions d'actifs et participe à l'organisation du système de soins. Les prestations d'assurance maladie sont spécifiques dans la mesure où elles font intervenir un tiers (le professionnel de santé qui fournit le soin) entre le financeur et le bénéficiaire.

Ces dimensions expliquent le souci d'ouvrir le système de direction du régime à d'autres partenaires. Il n'est pas avéré qu'on y soit parvenu (ainsi le Conseil de surveillance de la Caisse nationale n'a pas, semble-t-il trouvé sa place). Le départ du MEDEF et de la CGPME a affecté l'équilibre entre les partenaires sociaux au sein du conseil d'administration de la CNAMTS.

La place limitée des assureurs complémentaires, de même que l'absence des professionnels de santé et des usagers¹⁰⁹ dans la gouvernance du système, prête à discussion.

b) entre autres éléments, le constat d'échec de la régulation de l'Assurance Maladie a conduit en 1996 à adopter un schéma institutionnel nouveau autour de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce schéma a sensiblement évolué depuis les ordonnances de 1996

b1) au niveau supérieur

On a institué un lien entre la programmation pluriannuelle des finances publiques et le cadrage de la sécurité sociale (et notamment de l'Assurance Maladie).

Dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances, le Gouvernement est désormais tenu de présenter au Parlement un programme triennal de stabilité en même temps que les projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale. Cette concomitance permet notamment d'assurer une meilleure cohérence des objectifs affichés en matière de dépenses de sécurité sociale dans ces différents textes.

Les programmes de stabilité et de croissance couvrent les trois années qui suivent l'année pour laquelle sont présentés les projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, aux projets de loi pour 2004 est associé un programme couvrant les années 2005-2007. Le réalisme des objectifs fixés pour cette période triennale dépend de leur cohérence non seulement avec les objectifs retenus pour 2004, mais également avec la réalisation des programmes précédents à fin 2003.

On trouvera en annexe 67 les éléments pertinents du programme triennal 2005-2007

¹⁰⁹ Représentation propre, s'ajoutant à celle qu'assurent les syndicats représentant les salariés

b2) à un deuxième niveau, et par déclinaison, le Parlement adopte la loi de financement de la sécurité sociale prévue aux articles L 111-3 et 4.

Selon l'article L 111-3, cette loi

- approuve les orientations de la politique de santé et objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale
- prévoit les recettes
- fixe les objectifs de dépenses des régimes de base
- fixe, pour l'ensemble des régimes de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)
- fixe les plafonds de recours à l'emprunt

L'article L 111-4 précise les éléments joints au PLFSS : données sur la situation sanitaire et sociale ; compte rendu de la mise en œuvre du PLFSS antérieur ; évolution prévisible des régimes de base ; prévision de recettes ; compensations entre régimes ;

C'est dans ce cadre qu'est défini un objectif pour les soins de ville et, au sein de cet ODSV, un objectif de dépenses déléguées (ODD) aux caisses nationales. A l'origine, il s'agit d'enveloppes fermées et, pour les soins de ville,

- ° le bouclage est assuré par un mécanisme de ristournes/reversements qui concernait les honoraires et une fraction 5%) des prescriptions,
- ° la rénovation du dispositif conventionnel doit venir appuyer la maîtrise de la dépense.

b3) pour permettre aux caisses nationales d'exercer leur mission,

- la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la CNAMTS, prévue à l'article L 227-1, mentionne les orientations pluriannuelles de l'action de l'Etat dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins,
- un avenant annuel à la COG détermine, en fonction de l'ONDAM, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et en son sein la part mentionnée à l'article L 162-43 (dotation nationale de développement des réseaux) et l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en œuvre de ces objectifs.

L'objectif de soins de ville porte sur :

- + la rémunération des soins dispensés en ville par les professions médicales, les auxiliaires médicaux et les directeurs de laboratoires, ainsi que les soins dispensés dans les établissements visés à l'article L 162-22-1 et tarifés à l'acte et les honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public
- + les dépenses résultant de l'exécution des prescriptions des professions médicales
- + les prestations en espèces

Les dépenses déléguées portent sur la rémunération des soins dispensés en ville et les frais de transport.

Le suivi de ces agrégats devait faire l'objet de rapports d'équilibre permettant, le cas échéant, de prendre les mesures de redressement nécessaires.

Ce système s'est progressivement délité. Ainsi en 2001 l'ODSV et l'ODD ont été fixés et transmis à la CNAMTS mais sans établissement de rapports d'équilibre. En 2002 et en 2003, l'ODD n'a pas été transmis à la CNAMTS et la procédure de l'avenant annuel à la COG n'a pas été mise en route.

Le rejet des mécanismes de reversements a conduit à abandonner les mécanismes automatiques du bouclage financier envisagé. Ultérieurement, on a abandonné le mécanisme dit des lettres clé flottantes. Enfin, il n'a été pas été mis en œuvre de mécanisme de maîtrise médicalisée cohérent qui se soit traduit par un infléchissement sensible des pratiques inflationnistes, l'infléchissement observé en 1993 à la suite de l'introduction d'une forme de maîtrise médicalisée ayant été de courte durée.

La loi de financement de la sécurité sociale et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ont été institués en 1996 dans l'objectif d'assurer un meilleur pilotage de l'équilibre financier du régime. Les résultats n'ont pas été au rendez-vous. Il n'existe pas d'analyse *amont* de l'ONDAM qui permettrait une approche réaliste et éclairerait le vote du Parlement. Les objectifs chiffrés pouvaient apparaître dès le vote comme irréaliste et aucun instrument de correction n'était prévu. Ces défauts ont progressivement discrédité le vote de la loi.

Cette évolution a été sévèrement critiquée par la Cour des Comptes dans son rapport 2003 sur le PLFSS (annexe 68).

La loi de financement de la sécurité sociale serait plus fiable

- ° si elle s'appuyait effectivement sur des objectifs de santé publique
- ° si elle se situait dans une perspective pluriannuelle
- ° si elle s'appuyait sur une programmation d'actions, secteur par secteur, qui donnent lieu à des objectifs chiffrés
- ° si elle prévoyait les mesures de redressement en cas de dérive par rapport à l'objectif.

Plusieurs mesures favoriseraient la validité des lois de financement de la sécurité sociale. En amont, la tenue au printemps d'un débat sur les perspectives financières des régimes de sécurité sociale, calqué sur le débat d'orientation budgétaire, permettrait aux pouvoirs publics de se livrer à une analyse prospective de l'ONDAM. En aval, le vote annuel d'un projet de loi de financement rectificatif permettrait à la fois de renforcer la crédibilité de l'objectif initial, le Gouvernement se trouvant contraint d'afficher l'ampleur d'un dérapage éventuel et de présenter des mesures correctives.

La clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale

L'institution d'une loi de financement de la sécurité sociale posait comme postulat une autonomisation des finances sociales par rapport aux finances de l'État. Or, très rapidement, une consolidation budgétaire fut effectuée de fait au détriment le plus souvent des comptes sociaux (non-financement du FOREC, débudgétisations diverses, etc).

De même, depuis plusieurs années, des missions relevant par nature du budget du ministère de la santé – le budget de santé publique – furent mises à la charge de l'assurance maladie (financement du plan Biotox, financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes, prise en charge de

dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse, modification des règles de remboursement aux caisses d'assurance maladie de la couverture maladie universelle complémentaire, etc.). Or la responsabilisation des acteurs de l'assurance maladie n'est possible que dès lors que ceux-ci ont en charge un périmètre de dépenses et de recettes défini et cohérent, échappant à la contingence d'arbitrage budgétaire pouvant répondre à des logiques étrangères à l'objet et aux finalités de l'assurance maladie. C'est pourquoi il convient de procéder à un réexamen des mesures et moyens assignés à l'Assurance Maladie afin d'assurer la cohérence de son périmètre financier.

2) La fixation des conditions de remboursement par les régimes de base

a) les principes généraux du système de prise en charge sont du domaine législatif

Ainsi,

- selon l'article L.322-1, la part garantie par la caisse primaire ne peut excéder le montant des frais exposés,

- selon l'article L.322-2, la participation de l'assuré aux tarifs servant de calcul des prestations (prévues aux 1,2 et 3 de l'article 321-1) est fixée par un décret en conseil d'Etat.

Elle peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge – cela a été le cas du taux réduit des titulaires du Fonds National de Solidarité - ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

En revanche, le système français a fait le choix de ne pas prendre en compte le revenu des assurés.

- selon l'article L.322-3, la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat dans les cas suivants :

- ° lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'assuré dépasse un certain montant,
- ° lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du haut comité médical,
- ° lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (voir arrêté du 19 juin 1947 : demande de l'assuré ; forme évolutive ou invalidante d'une affection grave ; durée prévisible des soins continus supérieure à 6 mois ; prise en charge par le fonds d'action sociale pour une durée ne dépassant pas 24 mois sur avis conforme du contrôle médical sur la base d'un programme adapté et conforme aux données acquises par la science)

L'exonération pour soins prévisibles de plus de six mois, qui repose sur une présomption de fortes dépenses, a été mise en œuvre dans le régime dit de la « 26^{ème} maladie »¹¹⁰ auquel s'est largement substitué le deuxième mécanisme d'admission en ALD

L'article précité donne la base légale, le cas échéant, d'un plafonnement du ticket modérateur sur une période donnée.

¹¹⁰ A l'époque où ce dispositif a été instauré, il existait 25 pathologies exonérantes listées d'où le nom de « 26^{ème} maladie ». Aujourd'hui, la liste en comporte 30 (voir annexe 14)

b) L'ajustement des taux de prise en charge

- Selon l'article L.322-4, les taux de participation fixés en application des articles L.322-2 et L.322-3 peuvent être modifiés en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article 251-4.

Cet article – voir ci-dessus au paragraphe 1 - met en œuvre le principe général de la responsabilité de la CNAMTS sur l'équilibre financier et de sa capacité à prescrire aux caisses les mesures nécessaires à cette fin (article L.251-2).

- L'article L.251-3 indique que le rétablissement de l'équilibre (en cas de déficit) doit être assuré soit par une modification du taux des prestations, soit par une augmentation des cotisations, soit par une combinaison de ces mesures, dans des conditions et limites fixées par décret. On peut toutefois remarquer que, faute de décret d'application, cet article législatif n'est jamais entré en vigueur.

- L'article L.251-4 précise que les décisions nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier de la gestion sont prises par le conseil d'administration de la Caisse nationale. Dans le cas d'une augmentation des cotisations, les décisions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés (ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget).

° En cas de carence du conseil d'administration, les autorités compétentes de l'Etat le mettent en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires,

° Si cette mise en demeure reste sans effet, le Gouvernement procède au rétablissement de l'équilibre soit en se substituant au conseil d'administration de la Caisse nationale, soit en usant des pouvoirs qu'il tient de la législation en vigueur.

3) La fixation des cotisations

Selon l'article L.242-12, sous réserve des dispositions de l'article 242-5 (tarification particulière des AT/MP), des décrets fixent les différents taux de cotisations ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite ou des revenus de remplacement mentionnés à l'article 131-2, dont les ressources sont insuffisantes.

Comme on l'a vu, la Caisse nationale aurait dû les ajuster, en cas de déséquilibre des comptes.

Le positionnement institutionnel de la Caisse nationale pose deux problèmes majeurs :

En ce qui concerne les soins de ville, l'articulation des pouvoirs que la Caisse nationale tient de la combinaison de l'article L.227-1 (convention d'objectifs et de gestion, objectif des dépenses déléguées) d'une part, de la définition du domaine conventionnel d'autre part, est incertaine. Les conventions traitent en effet d'une bonne partie des dépenses de ville hors objectif délégué, notamment les prescriptions des médecins que les conventions entendent encadrer.

Les textes législatifs donnent à la Caisse nationale des pouvoirs propres (notamment les mesures permettant d'assurer l'équilibre financier du régime ou la signature des conventions). Mais ces pouvoirs sont subordonnés, en aval, soit à l'approbation de l'Etat soit à la prise, par celui-ci, de textes réglementaires donnant une valeur effective aux décisions du conseil d'administration de la

Caisse nationale. Il en résulte une incertitude sur le pouvoir réel de la caisse. On a ainsi fréquemment constaté que les pouvoirs publics, sachant qu'ils auraient à statuer au stade ultime des procédures, s'immisciaient dans la négociation ou faisaient connaître en amont leur position probable. Ils y sont au demeurant poussés par les partenaires – notamment conventionnels – de la Caisse nationale qui essaient, par voie oblique, d'imposer à la caisse les termes de la discussion.

Les COG avaient essayé de clarifier les procédures sur ce point. Mais ce fut avec un succès relatif.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé le cadre qui définit la portée des pouvoirs aval de l'Etat. Ainsi les mesures prises par les caisses nationales pour mettre en œuvre l'objectif délégué¹¹¹ « sont réputées approuvées...sauf opposition du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins ». On a la même approche en ce qui concerne l'approbation des conventions.

Cette approche – pour autant qu'elle soit mise en œuvre dans l'esprit du texte – est de nature à conforter la capacité de faire des caisses nationales, ainsi que cela est étudié plus loin (section 4). Elle est indissociable des responsabilités qui leur incombent en matière de respect des objectifs et d'équilibre financier du régime.

4) La définition du « périmètre du remboursable » constitue, pour l'essentiel, une compétence de l'Etat

Qu'il s'agisse de la nomenclature générale des actes professionnels¹¹², de la nomenclature des actes de biologie médicale¹¹³, de la liste des médicaments remboursables¹¹⁴, ou enfin de la « liste des produits et prestations »¹¹⁵ (c'est à dire des dispositifs médicaux), la décision de prise en charge appartient toujours au gouvernement (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale)¹¹⁶.

Quant aux soins dispensés en établissements de santé ou en établissement médico-social, leur prise en charge découle de « l'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux », qui est en principe octroyée en même temps que l'autorisation de fonctionnement¹¹⁷. Cette autorisation émane de la commission exécutive de l'ARH pour les établissements de santé¹¹⁸ (annexe 69), et du préfet de département pour les établissements médico-sociaux.

¹¹¹ Sous réserve des observations faites précédemment sur le caractère non opératoire de cet objectif délégué qui n'a donné lieu à la procédure formellement prévue qu'une seule fois.

¹¹² Article L.162-1-7 et R.162-52 du code de la sécurité sociale

¹¹³ Article L.162-1-7 et R.162-18 du code de la sécurité sociale

¹¹⁴ Article L.162-17 et R.163-2 du code de la sécurité sociale

¹¹⁵ Article L.165-1 et R.165-1 du code de la sécurité sociale

¹¹⁶ La seule curiosité étant que le contreseing du ministre de l'agriculture est nécessaire pour la NGAP et la NABM, mais pas pour la liste des médicaments et la liste des dispositifs médicaux.

¹¹⁷ Article L.6122-4 du code de la santé publique, pour les établissements de santé. Article L.313-6 du code de l'action sociale et des familles, pour les établissements médico-sociaux

¹¹⁸ Article R.712-37 du code de la santé publique. La commission exécutive décide, il est vrai, « au nom de l'ARH » et non pas « au nom de l'Etat ». Mais le recours hiérarchique contre un éventuel refus est tranché par le Ministre chargé de la santé.

a) s'agissant des inscriptions d'actes et de produits, on peut noter toutefois plusieurs différences qui concernent la proposition d'inscription

a1) les médicaments

La demande d'inscription dans le périmètre remboursable doit être sollicitée par l'entreprise qui exploite la spécialité (article R.163-8 du code de la sécurité sociale). Comme il n'est pas nécessaire qu'un médicament soit remboursable pour qu'il puisse être prescrit, une entreprise peut décider de ne pas déposer de demande de remboursement, afin de conserver la liberté de son prix.

a2) les dispositifs médicaux

Les textes prévoient expressément la faculté, pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de prendre l'initiative d'une inscription sur la liste remboursable (article R.165-9 du code de la sécurité sociale) dans le cas d'inscription en libellés génériques. Les fabricants en sont préalablement informés, mais ne peuvent pas s'y opposer. Pour les dispositifs inscrits sous nom de marque, à l'instar du médicament, l'initiative appartient au fabricant.

a3) les actes médicaux et paramédicaux et les examens de biologie,

L'origine des propositions n'est pas définie. Depuis la loi du 6 mars 2002 (article L.162-14-2 du code de la sécurité sociale), il est toutefois prévu que « *sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique* », les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture « *tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels* » lorsqu'ils « *mettent en œuvre des modifications de nomenclature* ». Bien qu'elle ait pour effet d'institutionnaliser un rôle de proposition des partenaires conventionnels, il n'est pas sûr que cette rédaction ambiguë emporte de véritables effets de droit.

b) on peut également observer plusieurs différences quant à la procédure d'avis qui précède la décision d'inscription ministérielle

b1) Pour l'inscription des actes de soins et des actes d'analyse,

Les inscriptions sont précédées d'avis rendus, pour les actes médicaux et paramédicaux, par la *Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels* (arrêté du 28 janvier 1986) et pour les actes de biologie médicale, par la *Commission de nomenclature des actes de biologie médicale* (arrêté du 25 août 1987) (annexe 70).

L'institution de ces deux commissions par arrêté résulte, pour les ministres compétents, d'une pure faculté : aucun texte de rang supérieur ne les oblige à s'entourer d'un avis. En principe pourtant, l'ordonnance du 24 avril 1996 avait prévu que l'inscription de tout acte à la nomenclature serait précédée d'un avis de l'ANAES. Mais le décret qui doit fixer les conditions de cette consultation n'a pas été pris¹¹⁹.

Ces commissions sont paritaires : elles rassemblent, d'une part des représentants des professions intéressées (désignés par les syndicats représentatifs), et d'autre part des représentants des caisses d'assurance maladie et des personnalités qualifiées. L'« avis » dont s'entourent les ministres émane donc de personnes qui ne sont pas nommées au titre de leur expertise, mais en qualité de « praticiens » qui auront à appliquer la nomenclature ou à contrôler son usage.

¹¹⁹ L'ANAES participe à la commission permanente de la nomenclature, mais sans voix délibérative.

b2) Très différentes sont les procédures consultatives préalables à l'admission au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux : avis préalable de la *Commission de la transparence* pour les médicaments ; avis préalable de la *Commission d'évaluation des produits et prestations* pour les dispositifs médicaux.

Ces procédures consultatives sont obligatoires, en vertu d'un décret en Conseil d'Etat pour le médicament¹²⁰ et en vertu de la loi pour les dispositifs médicaux¹²¹. Les ministres sont donc tenus d'y procéder.

La composition de ces commissions est davantage orientée vers la pure expertise technique. Cela est particulièrement vrai de la *Commission de la transparence* depuis la récente réforme de sa composition (décret du 26 septembre 2003) : ses vingt membres sont uniquement des personnes « choisies en raison de leur compétence scientifique »¹²². La situation de la *Commission d'évaluation des produits et prestations* est intermédiaire : pour partie composée d'experts nommés en tant que tels, elle comporte également des représentants des organismes d'assurance maladie et des représentants des fabricants et distributeurs.

Cette diversité des procédures traduit la coexistence, dans le droit aujourd'hui applicable, de deux approches assez différentes quant à la nature de l'expertise préalable à l'inscription.

La manière la plus récente d'envisager les choses (nouvelle composition de la Commission de la transparence, avis de l'ANAES prévu par les ordonnances de 1996) semble privilégier l'impartialité scientifique : ce ne sont pas ceux qui exécuteront l'acte ou le produit, ceux qui le prescriront, ou ceux qui en contrôleront l'exécution et la prescription qui se prononcent sur l'opportunité de l'inscription au remboursement.

On voit bien les mérites de cette approche en termes d'objectivité. Mais elle présente deux inconvénients dont il faut avoir conscience :

- en premier lieu, la connaissance de la pratique effective est un élément important lorsqu'il s'agit d'introduire un acte nouveau, ou de proposer une cotation nouvelle (c'est à dire une modification de la hiérarchie des actes). Il est vrai que cette question de cotation relative n'existe pas pour les médicaments et produits, et devrait en principe ne plus se poser au fur et à mesure de l'introduction des « hiérarchies objectives » des actes par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

- en second lieu, l'opportunité d'une inscription ne peut pas se décider exclusivement *a priori*. C'est dans la durée, et donc dans la pratique concrète, que se dégagent les meilleurs éléments d'appréciation. L'autorité qui décide de l'inscription doit pouvoir décider du maintien de l'inscription (ou de la réinscription, lorsqu'une telle procédure existe), sur la foi d'un avis des observateurs des conditions réelles de l'utilisation des produits.

¹²⁰ Article R.163-4 du code de la sécurité sociale

¹²¹ Article L.165-1 du code de la sécurité sociale

¹²² Jusque là, siégeaient également des représentants des organismes d'assurance maladie, ainsi que des représentants des industries pharmaceutiques et des ordres professionnels.

Section 3

La fonction d'organisation du système de soins

S'agissant du système de santé dans sa plus grande généralité, c'est-à-dire prenant en charge l'ensemble des aspects de l'état sanitaire de la population et sa sécurité sanitaire, la responsabilité ultime des autorités publiques de droit commun (Etat ou collectivités locales) est inévitable. En effet, la manière dont se structurent et s'implantent sur le territoire l'ensemble des services qui concourent à la santé de la population constitue un enjeu qui excède la seule question des soins pris en charge par l'assurance maladie¹²³.

S'agissant, en revanche, de l'organisation des soins remboursables, on doit constater que celle-ci est, aujourd'hui, sous le contrôle presque exclusif de l'Etat. Les régions n'ont actuellement de compétences qu'en matière de prévention (programme régional d'accès aux soins des personnes les plus démunies, article L.1411-5 du code de la santé publique). Les départements ont, en matière sanitaire, la charge de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance [services de la PMI (protection maternelle et infantile PMI)], ainsi que de du dépistage des cancers et de la lutte contre certaines autres maladies (tuberculose, lèpre, maladies vénériennes)¹²⁴. Les municipalités n'interviennent qu'au titre de l'hygiène publique¹²⁵.

1) La répartition et l'organisation des moyens sur le territoire sont aujourd'hui de la compétence de l'Etat

L'Etat définit les statuts de tous les moyens en personnel, médical, paramédical et administratif, des hôpitaux publics et le champ de compétence de tous les professionnels de santé. Il est par ailleurs en charge, sur l'ensemble de l'offre hospitalière, de la définition des indices de la carte sanitaire (qui devrait disparaître dans le cadre de la réforme « Hôpital 2007 ») et de la planification par les *schémas régionaux d'organisation sanitaire* (SROS).

Il est vrai, pour être précis, que la carte sanitaire ou le schéma d'organisation sanitaire ne sont arrêtés par l'Etat que lorsqu'ils sont interrégionaux. Dans le cas normal, la décision revient au directeur de l'ARH (article L.6121-8 du code de la santé publique).

Mais nonobstant le caractère juridiquement distinct de la personne morale qu'est l'ARH (groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat et les organismes d'assurance maladie), on doit tout de même considérer que son action se situe, en pratique, dans l'orbite des pouvoirs de l'Etat. Au demeurant, il ne faut pas confondre les pouvoirs de l'ARH – c'est à dire la compétence de sa commission exécutive collégiale – et les pouvoirs propres que le directeur de l'ARH, nommé en Conseil des ministres, exerce au nom de l'Etat, sous l'autorité hiérarchique des ministres chargés de la

¹²³ Ce qui s'illustre notamment par le fait que l'Etat dispose du pouvoir de réquisition (et s'en est encore récemment servi).

¹²⁴ Les transferts de compétence envisagés, à compter de l'année 2005, dans le projet de loi relatif à la décentralisation, modifient légèrement cet état des choses : l'Etat reprendrait ses compétences en matière de vaccination, lutte contre la tuberculose, la lèpre, les MST, et dépistage des cancers. Les départements pourraient toutefois participer, comme les autres collectivités locales, aux actions de prévention de l'Etat dans le cadre de conventions signées avec lui. Les régions se verraient, par ailleurs, reconnaître certaines compétences en matière hospitalière : entrée de représentants de la région au sein des ARH, et financement, à titre expérimental, d'équipements sanitaires.

¹²⁵ Ainsi que sur des services de vaccinations, si ces compétences étaient déjà exercées par des services municipaux avant 1983.

santé et de la sécurité sociale (article L.6115-3 du code de la santé publique). Or, parmi ces pouvoirs propres figurent, précisément, la fixation du SROS, de la carte sanitaire, l'approbation des structures de coopération interhospitalières, etc¹²⁶...

Par ailleurs, l'accréditation des établissements est assurée par l'ANAES, qui, nonobstant la participation très majoritaire de représentants des professionnels de santé au sein du conseil d'administration, est un établissement public administratif de l'Etat.

En matière de soins de ville, la contrainte d'organisation est, on le sait, beaucoup moins forte. L'Etat intervient toutefois par la fixation du *numerus clausus* des études médicales et paramédicales. On peut aussi considérer qu'il intervient de manière indirecte dans l'organisation des soins par la fixation des champs de compétence des différentes professions de santé (lesquels sont définis par décret). De même l'Etat intervient dans la définition des secteurs de permanence de soins et au sein des comités départementaux de l'aide médicale urgente (CODAMU) où s'organise, sous l'autorité du préfet, l'articulation entre la permanence des soins et l'aide médicale urgente.

On peut noter enfin que l'ensemble des règles d'exercice, tant en milieu hospitalier que libéral (et notamment les règles de sécurité qui s'imposent aux actes techniques) relèvent d'une réglementation d'Etat.

2) Sur différents champs, on constate toutefois plusieurs interférences avec d'autres acteurs du système de soins

Un bon exemple des questions qui touchent à l'organisation du système de soins - sans en relever de manière exclusive - est celui de la formation des professionnels de santé.

La formation initiale est du domaine propre de l'Etat, par l'enseignement hospitalo-universitaire.

En revanche, dans le dispositif issu de la loi du 6 mars 2002 (article L.4133-3 du code de la santé publique, et décret du 14 novembre 2003), la formation continue obligatoire des médecins libéraux, médecins salariés, ainsi que des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens des hôpitaux publics (et *PSPH*, privés participant au service public hospitalier) est placée sous la responsabilité de la profession elle-même (conseil de l'Ordre, représentants des UFR, organisations syndicales).

Enfin, dans le cadre conventionnel, les caisses d'assurance maladie et les syndicats signataires des conventions ont la faculté d'organiser une « formation professionnelle conventionnelle » (article L.162-5, 14° du code de la sécurité sociale).

Un autre exemple est fourni par différentes formes alternatives ou expérimentales d'organisation des soins. Les *réseaux de santé* sont ainsi autorisés et financés sur décision conjointe du directeur de l'ARH et du directeur de l'URCAM.

Ces exemples sont le reflet d'une évolution profonde : dans un contexte où l'organisation des soins apparaît de plus en plus comme une résultante, la question du partage de compétence devient forcément plus aiguë.

¹²⁶ Signalons toutefois – ce qui accroît la complexité du système – que ce n'est pas, en revanche, le directeur d'ARH qui approuve les créations et transformations de services hospitaliers mais l'organe collectif qu'est la commission exécutive de l'ARH.

En effet, l'évolution actuelle est en train de faire passer d'une approche dans laquelle l'offre de soins (l'implantation hospitalière, les rôles respectifs des différentes professions, etc.) était un paramètre relativement stable (ses résultats constituant en quelque sorte l'élément variable), à une approche qui part davantage du résultat sanitaire à obtenir, et exige du système de soins qu'il sache s'adapter, se reconvertir, modifier ses structures pour atteindre le résultat en question, dans les meilleures conditions de coût et de sécurité.

L'offre médicale et hospitalière, les champs de compétence, les modes de travail des différentes professions entre elles sont de moins en moins perçus comme des données intangibles. On veut que l'offre sache évoluer en fonction des différentes contraintes de sécurité, d'efficacité et de financement.

L'organisation du système de soins a, dès lors, vocation à devenir une sorte de résultante des choix de santé publique et de gestion du risque. Par exemple, l'organisation territoriale des établissements de santé devrait être, idéalement, une résultante de choix de sécurité, de qualité médicale, et d'efficacité médico-économique. De même pour les formes de soins coordonnés, les régulations à l'installation, les évolutions de champ de compétence, etc. qui pourraient être envisagés en matière de soins de ville.

C'est ce qui explique que le partage schématique des compétences entre un Etat « organisateur » et des institutions d'assurance maladie simplement « payeuses » n'est plus envisageable, et ne correspond d'ailleurs plus à la réalité.

En matière d'organisation du système de soins, l'articulation des pouvoirs de décision entre l'Etat, les collectivités territoriales et les autres intervenants du champ de l'assurance maladie est ainsi clairement posée.

Section 4

La fonction de gestion du risque

La gestion du risque est une notion aux contours incertains. Selon la définition que l'on en retient, il est possible d'y inclure la presque totalité de l'organisation du système de soins remboursables, ou au contraire de la limiter au champ étroit des évaluations et des contrôles. Mais quelle que soit l'acception retenue, le Haut Conseil rappelle que la gestion du risque englobe soins curatifs et prévention.

1) Les trois composantes de la *gestion du risque*

Au sein de l'assurance maladie, la gestion du risque a longtemps correspondu au seul contrôle des prestations individuelles : prestation effectuée (dont on vérifie la cotation, voire l'opportunité) ou prestations sollicitées (avis individuels sur les demandes d'inscription en ALD ou les demandes d'entente préalable par exemple).

C'est une première composante de la gestion du risque, celle que l'on peut qualifier de composante « réglementaire » (puisque'il s'agit de s'assurer, la plupart du temps, du respect d'une norme générale d'exercice ou de remboursement par un assuré ou un professionnel de santé). On parle aussi de gestion du risque *en aval*, car le contrôle s'effectue *en aval* de l'acte de soins. Ce que l'on contrôle, c'est en somme le système tel qu'il fonctionne.

Plus récemment, la gestion du risque maladie s'est également donné pour objectif d'améliorer la pratique des professionnels de santé. Dans cette gestion du risque *en amont* du soin, il s'agit moins de traquer les déviations exceptionnelles que de faire progresser le plus grand nombre. Cette dimension-là de la gestion du risque ne vise pas à faire respecter des normes réglementaires, mais à diffuser et à faire respecter des modes de travail optimaux ou des références de soins ayant recueilli un large consensus.

Enfin, dans une troisième vision, encore plus élargie, peuvent aussi être regardées comme contribuant à la gestion du risque l'ensemble des dispositions légales ou conventionnelles qui modifient, dans un sens d'efficacité, le comportement des professionnels de santé et des assurés. L'organisation d'un réseau, l'inscription au remboursement d'un traitement moins onéreux, la signature d'un accord de bonne pratique sont, dans cette optique, autant d'actions de gestion du risque, globalement entendue.

Cette troisième dimension va au-delà de ce que l'on rassemble ici sous la notion de « fonction de gestion du risque ». Elle suppose en effet des actions de cadrage réglementaire ou d'organisation du système de soins qui relèvent très largement des autres fonctions précédemment décrites.

On s'en tient donc, dans la suite de cette section, aux deux premières dimensions de gestion du risque 'amont' et 'aval'.

On doit noter, d'entrée de jeu, que ces deux dimensions de *contrôle en aval* et d'*amélioration de la pratique, en amont*, si elles sont commodes pour l'analyse, se trouvent en pratique très fréquemment confondues.

Ainsi, le Programme national inter-régimes de gestion du risque (PNIR), élaboré chaque année entre les trois caisses nationales, de même que les programmes régionaux des Unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM), qui doivent en assurer la déclinaison, mêlent l'une et l'autre dimension.

2) La dimension de *contrôle* est essentiellement assurée par les organismes d'assurance maladie

En ce qui concerne les assurés sociaux, ces contrôles consistent en des avis individuels sur prestation, effectués par les services médicaux des organismes d'assurance maladie. Il s'agit notamment du contrôle des ententes préalables et du suivi des admissions en ALD et des protocoles inter-régimes d'examen spécial (PIRES).

En ce qui concerne les professionnels de santé, le dispositif actuel de contrôle et de sanction relève des services médicaux de l'assurance maladie obligatoire, associés parfois aux instances ordinaires et aux syndicats signataires des conventions.

On peut ainsi citer :

- les comités médicaux paritaires locaux (article L. 162-12-16 du code de la sécurité sociale), composés à parité de représentants des caisses et de représentants des organisations syndicales liées par convention avec les organismes de sécurité sociale, et chargés notamment d'instruire le respect des RMO et des sujets d'ordre conventionnels,
- le contentieux du contrôle technique (art. L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale). Les « sections des assurances sociales » du conseil de l'Ordre sont compétentes pour toutes " fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevé à l'encontre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux " et sont composées, outre le président, conseiller de tribunal administratif, à parité de médecins conseils et de représentants de l'ordre¹²⁷,
- la procédure de récupération d'indus (article L. 133-4 du CSS) auprès du professionnel concerné en cas de méconnaissance des règles de cotations ou de tarification,
- la procédure de déconventionnement direct par la caisse primaire d'assurance maladie pour violation des engagements prévus par la convention (art. L. 162-15-1 du CSS).

Toutes ces procédures sont à distinguer des procédures disciplinaires qui peuvent être éventuellement engagées pour les mêmes faits. Enfin, jusqu'à leur suppression par la LFSS pour 2003, les comités médicaux régionaux, composés de praticiens conseils et de médecins désignés par les URML étaient chargés de sanctionner certaines irrégularités de prescription.

En pratique, ces contrôles ne concernent que les prestations effectuées à l'acte, c'est à dire en soins de ville ou en clinique privée.

3) La gestion du risque « en amont de la pratique » fait en revanche intervenir un grand nombre d'acteurs différents

La gestion du risque *en amont de l'acte de soin* repose essentiellement sur l'application de référentiels d'efficience médicale : leur élaboration, leur diffusion, l'évaluation de leur impact.

La responsabilité de ces différentes tâches est aujourd'hui répartie entre l'Etat (notamment par ses agences que sont l'AFSSAPS et l'ANAES), les organismes d'assurance maladie (essentiellement les services du contrôle médical) ainsi que, dans une certaine mesure, les professionnels de santé eux-

¹²⁷ Pour les auxiliaires médicaux relevant du Conseil des professions paramédicales (article L.4391-1 du code de la santé), la loi du 4 mars 2002 a prévu une procédure équivalente devant les chambres disciplinaires de ce conseil.

mêmes (par exemple par l'intermédiaire des URML, unions régionales de médecins exerçant à titre libéral). Les organismes complémentaires n'interviennent, pour leur part, que par le biais de campagnes destinées à leurs adhérents.

a) pour ce qui concerne l'élaboration des référentiels,

l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est expressément investie de cette mission. La loi (article L.1414-2 du code de la santé publique) lui confie ainsi, parmi l'ensemble de ses tâches, celle « *d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic, de thérapeutique et de soins palliatifs* ».

Mais d'autres acteurs (par exemple des sociétés savantes) peuvent également proposer des recommandations de pratique. Il n'y a pas de monopole d'élaboration des référentiels de pratique. L'intervention de l'ANAES (ou, s'agissant de médicaments, de l'AFSSAPS) n'est légalement requise que pour les seules *références médicales opposables* - qui seront éventuellement rendues opposables par voie conventionnelle -, ainsi que pour les *recommandations de bonne pratique* qui doivent les accompagner (articles L.162-12-15 et L.162-12-16 du code de la sécurité sociale).

b) la diffusion de ces référentiels,

elle entre également dans les missions de l'ANAES mais sans que celle-ci ait à rendre compte de l'efficacité de cette diffusion. Elle est en pratique assurée par les moyens les plus divers (y compris la presse spécialisée).

Au nombre des principaux agents de cette diffusion, on peut citer, pour ce qui concerne la médecine de ville, les *entretiens confraternels* conduits entre les médecins conseils de l'assurance maladie et les médecins libéraux (entre 13 000 et 15 000 entretiens par an, soit environ 1/7^{ème} de la population de médecins libéraux).

c) enfin, l'évaluation des pratiques,

complément indispensable de la diffusion des référentiels (sous forme d'évaluation individuelle ou d'évaluation collective) est, elle aussi, partagée entre un grand nombre d'acteurs différents.

Dans les établissements hospitaliers, publics et privés, l'évaluation de l'activité est en principe une obligation depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991 (aujourd'hui, articles L.6113-1 et suivants du code de la santé publique). En pratique, la seule évaluation à caractère systématique est celle qui est conduite par l'ANAES dans le cadre de l'accréditation, et qui ne porte pas – pour l'instant – sur la qualité et l'opportunité médicale des actes.

En secteur de ville, l'évaluation individuelle ne concerne que les médecins et se déroule, dans les conditions fixées par le décret du 28 décembre 1999, sous l'égide des URML. Il a déjà été question précédemment de cette évaluation, dont les limites ont été notamment dénoncées par la Cour des comptes, dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2003.

L'évaluation collective, c'est à dire les études d'ensemble sur les comportements et pratiques professionnels, est assurée par l'assurance maladie (notamment par les URCAM au niveau régional).

Des collaborations avec les URML, expressément prévues par les textes, sont effectives dans la plupart des régions¹²⁸.

Ainsi, en termes de diagnostic global, il apparaît clairement que cette tâche globale d'élaboration et de diffusion des références de bonne pratique, qui comporte des aspects hautement techniques, mais aussi des aspects de pédagogie, de persuasion, d'incitation – voire des dimensions de simple logistique – n'incombe actuellement à aucun acteur en particulier.

Cette situation n'est pas forcément à regretter : des démarches aussi complexes gagnent à mobiliser un grand nombre d'intervenants différents. Mais l'orchestration d'ensemble n'est pas assurée. Il n'est par exemple pas possible, aujourd'hui, de fixer un certain nombre de buts à atteindre, et d'en demander compte à un organisme ayant les moyens d'aboutir.

4) La gestion du risque suppose également une information partagée sur la pratique médicale

a) deux natures d'information doivent être clairement distinguées

D'une part, l'information individuelle identifiante, qui permet de suivre la consommation d'un assuré particulier (lorsqu'elle est nominative « par rapport au consommateur de soins »), ou la pratique d'un professionnel précis (lorsqu'elle est nominative « par rapport au producteur de soins »).

Cette information, couverte par le secret médical lorsqu'elle est nominative « par rapport au consommateur de soins », permet notamment la gestion du risque dans sa dimension de contrôle individuel.

D'autre part, la gestion du risque requiert également des informations générales non identifiantes, c'est à dire doublement anonymes par rapport aux assurés et aux prescripteurs, afin de comprendre les comportements de consommation et d'administration des soins, de suivre les conditions de prescriptions de certains médicaments, etc...

Les outils de cette information se mettent progressivement en place, à l'hôpital avec le PMSI, et en ville avec le codage des actes de biologie (effectif depuis 1998), le codage des médicaments (débuté en 1997 et en routine depuis 1999), et bientôt le codage des actes médicaux (qui doit accompagner l'introduction de la *Classification commune des actes médicaux*, pour les actes techniques effectués par les médecins et les chirurgiens-dentistes).

Par ailleurs, l'ensemble des données issues des systèmes de liquidation (c'est-à-dire les données du PMSI et des codages mentionnées ci-dessus, mais aussi toutes les autres informations sur toutes les consommations de soins remboursés) a vocation à figurer dans le *Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie* (SNIRAM). Ce système d'information, prévu par les ordonnances de 1996 (aujourd'hui, les articles L.161-28 et suivants du code de la sécurité sociale), doit être bientôt mis en place – au début de l'année 2004 – par les caisses nationales d'assurance maladie.

¹²⁸ Il n'y a pas aujourd'hui de mesure de l'inflexion effective qu'auraient pu connaître les comportements de soins à la suite de ces études.

b) le partage de cette information soulève deux questions principales :

En premier lieu, s'agissant des informations détaillées, éventuellement à caractère nominatif, dont, pour l'instant, seule l'assurance maladie obligatoire a connaissance (dans le respect du secret professionnel et notamment du secret médical), la question est posée de savoir si celles-ci sont susceptibles d'être accessibles aux autres assurances de santé (Assurance Maladie Complémentaire, AMC), soit à des fins de liquidation – en raison de la personnalisation des contrats santé – soit à des fins de gestion du risque.

Un rapport récent¹²⁹ apporte une réponse positive, sous un certain nombre de réserves et de conditions.

En second lieu, s'agissant des informations anonymisées (tant en ce qui concerne le professionnel de santé que l'assuré), la loi du 4 janvier 1993 a prévu que les URML en seraient destinataires par un envoi direct des « *médecins conventionnés exerçant dans leur circonscription* ». Le décret qui doit fixer les conditions d'application de ce texte n'a toutefois toujours pas été pris.

Quoi qu'il en soit, les URML ont vocation à accéder aux données rassemblées dans le SNIIRAM. Cette faculté – même si elle n'aboutit pas à une information émanée des médecins eux-mêmes – paraît de nature à satisfaire, dans des conditions techniques raisonnables, l'objectif fondamental de la loi de 1993, qui est de permettre aux URML de mobiliser les médecins de leur région sur des objectifs de gestion médicalisée du risque.

La gestion du risque maladie, d'une part, la qualité et la continuité des soins, d'autre part, appellent encore de nombreux progrès dans la collecte, le rapprochement, le partage de données relatives aux pratiques soignantes et aux parcours médicaux

Le Haut Conseil rappelle que ces évolutions, pour nécessaires qu'elles sont, ne doivent pas porter atteinte à la liberté fondamentale qu'est le respect du secret médical individuel. Mieux on saura garantir de manière efficace cette confidentialité des données médicales identifiantes, en la limitant au strict cercle des soignants directs et des autorités de contrôle légalement habilitées, mieux on pourra progresser, simultanément, aussi bien dans le partage des informations entre soignants que dans le plus large accès aux données médicalisées de gestion du risque.

c) L'ambition pourrait être toutefois d'exploiter des outils statistiques plus restreints en volume et plus riches en informations

Plusieurs bases de données, qui fournissent des renseignements extrêmement utiles (notamment parce qu'elles permettent de croiser les actes et prescriptions avec les pathologies, ainsi qu'avec différents éléments de profil d'activité du prescripteur) se constituent et s'échangent aujourd'hui, à des prix élevés, dans un cadre commercial.

A la différence des systèmes mentionnés ci-dessus, mis en place par l'assurance maladie, ces bases de données privées ne reposent pas sur un principe de recension systématique de tous les actes remboursés, mais sur des échantillonnages ciblés. En termes statistiques, leur contenu informationnel est très sûr, et permet d'orienter avec efficacité des stratégies de production, de promotion ou de vente.

¹²⁹ « *L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques* », rapport de M. Christian BABUSIAUX, M. Louis BREAS, Mme Laurence ESNOUS et Mme Dominique THOUVENIN, mai 2003.

Les institutions publiques et les organismes qui leur sont proches, tel le CREDES, ne disposent pas, aujourd'hui, d'instrument équivalent. L'échantillonnage qui s'en approche le plus est sans doute l'*enquête santé protection sociale* annuelle du CREDES. Il s'agit toutefois d'un panel d'assurés (une fraction de l'*échantillon permanent d'assurés sociaux* (EPAS) de l'assurance maladie), et non de professionnels prescripteurs¹³⁰.

¹³⁰ Signalons toutefois que la loi de santé publique adoptée au printemps 2003 donne la possibilité à l'INSEE d'accéder sous certaines conditions à des données individuelles en matière de santé, ce qui pourra à l'avenir permettre à celui-ci de réaliser des enquêtes mieux documentées relatives à la santé publique et à l'évaluation des politiques de santé publique

Section 5

La fonction d'allocation de ressources

La fonction d'allocation de ressources est dispersée entre de nombreux acteurs. Dans le cadre des enveloppes qui découlent de l'ONDAM voté par le Parlement, l'Etat (en la personne de différents ministres ou organismes rattachés), les présidents de Conseils généraux, les établissements nationaux gestionnaires de l'assurance maladie, les directeurs d'ARH vont tous, à des titres divers, intervenir dans la fixation des tarifs ou des dotations de fonctionnement.

Il n'est pas possible de rentrer ici dans le détail de chacun de ces mécanismes. Mais on peut présenter brièvement les cinq grands champs de l'allocation tarifaire (hôpital public, cliniques privées, établissements médico-sociaux, médicaments et dispositifs médicaux, actes des professionnels libéraux), et s'attacher plus particulièrement à la description de l'instrument des conventions, médicales et paramédicales, qui sert à fixer les tarifs des actes exécutés en ville.

1) L'allocation des ressources de l'assurance maladie est répartie entre un grand nombre d'acteurs différents

Dans le nouveau dispositif issu de la loi organique du 1^{er} août 2001, les crédits ouverts par les lois de finances de l'Etat ont vocation à être désormais regroupés par missions et programmes interministériels.

Cette approche n'est pas encore celle qui prévaut en matière de dépenses de l'assurance maladie : les différentes enveloppes issues du vote de l'ONDAM sont en effet réparties par l'Etat¹³¹ selon une logique institutionnelle (soins de ville, établissements de santé publics et PSPH (privés participant au service public hospitalier), cliniques privées, secteur médico-social, enveloppe réseaux). Il en va de même, au sein de chaque enveloppe, pour le partage des compétences entre les différents intervenants. Ainsi :

a) les budgets des hôpitaux publics et privés PSPH sont fixés par l'Etat et les ARH

A partir de l'enveloppe nationale, l'Etat (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale) définit la dotation de chaque région, en fonction « *des besoins de la population, des orientations des SROS et des priorités nationales* », et en ayant en vue une « *réduction progressive des inégalités de ressources entre régions* ».

Chaque directeur d'ARH répartit ensuite les crédits dont il dispose au niveau régional entre les différents établissements de sa région, en articulant les augmentations générales et l'usage d'enveloppes « ciblées », qui permettent de mettre en œuvre certaines priorités nationales, ponctuelles ou plus durables (par exemple crédits SIDA, lutte contre les infections nosocomiales), ou d'accompagner les projets inscrits aux contrats d'objectifs et de moyens.

Le PMSI et les indicateurs synthétiques d'activité (point ISA), n'ont pas encore été utilisés comme outils de gestion hospitalière. Il n'y a pas de retour régulier d'informations sur l'activité réelle des établissements fondée sur les données du PMSI, pas d'exploitation systématique des diagnostics

¹³¹ Par un arrêté interministériel : santé, action sociale, sécurité sociale, économie et finances et budget : L.166-22-2, L.174-1-1 du Code de la sécurité sociale, L.314-3 du code de l'action sociale et des familles.

des patients hospitalisés. L'accréditation des établissements de santé, procédure pour l'instant non médicalisée, est centrée sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge des malades, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire la qualité de l'acte médical lui-même. On ne peut, dans ces conditions, être surpris de l'absence de régulation adossée à une analyse des résultats et de la qualité.

La tarification à l'activité qui entrera progressivement en place à partir de 2004 devrait induire, au delà du dispositif technique opérationnel pour l'essentiel dès 2004, des modifications profondes de la régulation (objectif de dépenses commun aux secteurs public et privé) et du dispositif de fixation des tarifs qui seront déterminés au niveau national. Ces changements reposent sur une réforme importante du cadre juridique tant au niveau législatif (LFSS pour 2004) que réglementaire (textes à paraître en 2004). On peut rappeler qu'ils sont indissociables de la réforme, conjointe, de l'organisation interne des hôpitaux.

Les ARH continueront à jouer un rôle majeur dans la répartition des enveloppes de financement au titre des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation ainsi que, pendant la période de transition (2004-2012), dans la gestion des effets revenus induits par la réforme.

b) les tarifs des cliniques privés sont fixés par l'Etat et les ARH, avec une participation des organisations représentatives des cliniques

L'enveloppe dite OQN (objectif quantifié national) est une des cinq enveloppes de répartition de l'ONDAM, fixée donc par arrêté interministériel.

Sur la base de cette enveloppe, le taux national moyen est fixé par l'Etat. Un accord annuel entre l'Etat (ministre de la santé et ministre de la sécurité sociale) et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements, fixe ensuite les éléments de cadrage des différents tarifs, région par région. Si l'accord n'est pas obtenu, un arrêté s'y substitue

La déclinaison régionale est de même nature pour le tarif des établissements. Les fédérations professionnelles participent à la modulation des tarifs, leur fixation restant du ressort de l'ARH

Les tarifs de chaque établissement font ensuite l'objet d'un avenant tarifaire au contrat d'objectif et de moyens passé avec l'ARH. Nonobstant cette forme contractuelle, on peut dire que le directeur d'ARH fixe annuellement, dans les limites qui lui sont imposées au niveau national, les tarifs des différentes cliniques privées.

c) les tarifs des établissements médico-sociaux font intervenir l'Etat au niveau central et, s'agissant des dépenses prises en charge par l'assurance-maladie, le préfet de département (DDASS). Dans certains cas, intervient également le président du Conseil général

Les règles de fixation des tarifs des différentes sortes d'établissements médico-sociaux (article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, et établissements de long séjour du 2° de l'article L.6111-2 du code de la santé publique), sont parmi les plus compliquées qui soient.

Elles ont récemment fait l'objet d'une importante clarification par le décret du 22 octobre 2003. Mais elles restent extrêmement complexes.

Les frais pris en charge par l'assurance-maladie constituent l'une des cinq « sous-enveloppes » de l'ONDAM. Cette « sous-enveloppe » est ensuite répartie en dotation régionales limitatives par l'Etat (arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale). Le préfet de région (DRASS) opère ensuite une répartition en dotations départementales limitatives.

Sur la base de ces enveloppes départementales, chaque préfet (DDASS) fixe le tarif de chaque établissement, au terme d'une « procédure budgétaire contradictoire » avec ce dernier.

Pour certaines catégories d'établissements, la procédure est plus complexe : fixation conjointe avec le président du Conseil général, (après avis de la CRAM) pour les Centres d'action médico-sociale précoce, fixation « *sur avis du président du Conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie* » pour les frais de soins des établissements pour personnes âgées dépendantes, etc ...

d) les prix des médicaments et des dispositifs médicaux sont fixés par l'Etat

Les médicaments ne sont remboursés par l'assurance maladie que s'ils figurent sur une liste fixée par décret (qu'on appelle la « liste des spécialités remboursables », article L.162-17 du code de la sécurité sociale). Au moment de l'inscription d'un médicament sur cette liste, on décide son prix de vente au public.

Comme les marges des distributeurs intermédiaires, grossistes-répartiteurs et pharmaciens, sont des marges administrées, la fixation du prix de vente au public impose au fabricant son prix. Cette décision fait ainsi l'objet de négociations entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé (CEPS), qui débouchent la plupart du temps sur une *convention de prix*. Celle-ci fixe parfois certains objectifs de volume de vente en fonction des différentes indications du médicament, et peut prévoir des « remises », c'est à dire des sommes qui seront directement ristournées à l'assurance maladie en cas de dépassement des volumes.

S'il n'est pas possible d'aboutir à une convention par voie négociée, le prix du médicament est fixé unilatéralement par arrêté des ministres chargé de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie (article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale).

Comme le CEPS est un organisme de l'Etat¹³² sans personnalité morale, on peut dire que, dans les deux cas, le prix du médicament - et les conséquences économiques pour ce secteur - relèvent d'une décision de l'Etat.

La Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2001 sur la sécurité sociale, constate que la politique du médicament n'a eu qu'une efficacité limitée. La régulation financière obtenue, qui devait accompagner l'accord sectoriel signé en juillet 1999 entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique, n'a pas été suffisante. Plusieurs raisons sont évoquées :

- « les médicaments responsables des plus fortes hausses sont parfois paradoxalement les moins pénalisés : le CEPS a accepté, pour une statine (médicament anti-cholestérol), tant en 1999 qu'en 2000, de ne pas cumuler les remises qui auraient résulté des règles qu'il avait lui-même affichées »
- la remise ne joue que pour l'année considérée, la croissance précédent demeurant donc acquise aux laboratoires
- rien ne permet d'affirmer que les remises dissuadent l'industrie d'augmenter les ventes.

Pour les dispositifs médicaux, depuis la récente réforme opérée par la LFSS pour 2000 (loi du 29 décembre 1999), la procédure est assez voisine :

¹³² Nonobstant la présence en son sein, depuis 1998, d'un représentant de l'Assurance maladie.

Le remboursement des dispositifs médicaux est ainsi, lui aussi, subordonné à une inscription sur une liste (la « liste des produits et prestations », article L.165-1 du code de la sécurité sociale). Cette liste comporte le « tarif de responsabilité » du dispositif, c'est à dire le tarif, pas forcément opposable, auquel il sera remboursé par l'assurance maladie.

Ce tarif, qui n'est donc pas un prix de vente, est fixé par arrêté interministériel (santé, sécurité sociale et économie), après avis du CEPS. Si le CEPS le lui propose, le gouvernement peut aller plus loin et fixer aussi un prix de vente opposable (et même, le cas échéant, les marges des distributeurs).

Comme pour le médicament, les tarifs de responsabilité ou les prix opposables peuvent être accompagnés d'une convention avec le fabricant ou avec les distributeurs, portant notamment sur le volume des ventes, ou sur des « remises » versées à l'assurance maladie. La différence principale d'avec le médicament est que le tarif ou le prix fait, de toutes façons, l'objet d'un arrêté interministériel.

e) les tarifs des actes des professions de santé libérales sont fixés par accord conventionnel entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentatifs de ces professions ; en l'absence de convention, par l'Etat.

Depuis la loi du 6 mars 2002, les rapports entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie sont régis par un système à « trois étages ». Le premier étage, commun à l'ensemble des professions, est celui de « l'accord cadre » (article L.162-1-11 du code de la sécurité sociale) qui fixe des obligations générales, mais pas de mesures tarifaires¹³³.

Le deuxième étage, propre à chaque profession, est celui des « conventions nationales ». Ces conventions fixent notamment (article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale) les tarifs des « honoraires, rémunérations et frais accessoires ». Pour les médecins spécialistes, ces tarifs peuvent, en l'absence de convention, être fixés par « protocole » propre à une spécialité (article L.162-15-4).

Enfin, un « troisième étage » permet d'ajouter à ces tarifs des rémunérations spécifiques, attribuées de manière individuelle aux professionnels qui adhèrent à un contrat de bonne pratique (article L.162-12-18) ou à un contrats de santé publique (article L.162-12-20).

Au total, cette répartition institutionnelle de la fonction « d'allocation de ressources » a le mérite d'avoir peu varié dans le temps, et d'être relativement claire et connue de tous.

Mais elle pêche, à l'évidence, par le cloisonnement qu'elle introduit entre différents modes de prise en charge pourtant complémentaires. Il n'y a pas de décision d'ensemble – et corrélativement, pas de vision d'ensemble – quant aux sommes que l'on déciderait de consacrer à certaines missions transversales de l'assurance maladie, qui mettraient en œuvre à la fois des établissements, des produits pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et des interventions libérales : par exemple la prise en charge de telle maladie ou de tel groupe de pathologies, l'intervention en direction d'un problème précis de santé publique, etc.

¹³³ L'accord cadre interprofessionnel (ACIP) négocié entre l'assurance maladie et le Centre National des Professions de Santé au premier semestre 2003, n'a pas encore été approuvé par l'assemblée générale du CNPS.

2) Au sein de cette fonction d'allocation des ressources, une réflexion particulière mérite d'être consacrée aux conventions médicales et paramédicales passées entre les professionnels libéraux et l'Assurance Maladie

Les conventions passées avec les professionnels libéraux sont sans doute une des marques les plus caractéristiques de la gestion des soins de ville. Leur élaboration et leur négociation occupe une place importante du travail des caisses nationales, et l'animation des différentes « instances conventionnelles » rythme l'activité des caisses locales.

L'instrument conventionnel cristallise ainsi un certain état de dialogue entre une profession et les gestionnaires de l'Assurance Maladie : c'est souvent par rapport à lui que se définissent les positions des différents syndicats représentatifs.

L'histoire des conventions démontre leur généralisation progressive¹³⁴

a) les conventions, instrument historiquement lié au tarif des actes des professions de santé, ont progressivement gagné tous les champs de la pratique

Le point commun de toutes ces conventions est qu'elles sont, au premier chef, des instruments de contractualisation sur le revenu des professionnels. Soit – et cela a été historiquement leur première fonction - de manière *directe*, par la fixation des tarifs et honoraires (la convention fixe la valeur de la ou des lettres-clés qui permettent de calculer le tarif des actes), soit de manière *indirecte* (la convention fixe des obligations de respect des tarifs opposables, décide de la prise en charge par l'assurance maladie de cotisations sociales complémentaires, etc...), soit enfin de manière *induite* (en échange d'une rémunération particulière, la convention encourage certains comportements, par exemple de télétransmission, de formation continue, d'installation géographique...).

Toutefois même si la négociation conventionnelle est d'abord une négociation tarifaire, c'est bien, d'après la loi, l'ensemble des « rapports » entre une profession donnée et les organismes d'assurance maladie qui ont vocation à être régis par l'instrument conventionnel.

De ce point de vue, on constate que, depuis une dizaine d'années, le champ que la loi réserve à la convention s'est progressivement étendu sur le terrain de la pratique professionnelle : références médicales et bonnes pratiques, modes d'organisation des soins, formation, etc.

L'exemple des conventions médicales (voir annexe 71) est à cet égard très frappant. Mais la même remarque peut être faite sur l'ensemble des autres conventions.

b) en deuxième lieu, les conventions peuvent faire de plus en plus de place à des accords individuels avec les professionnels de santé

Les conventions, une fois approuvées par le gouvernement, ont des effets juridiques équivalents à ceux d'un règlement : elles régissent l'ensemble des professionnels qu'elles concernent (même non adhérents des syndicats signataires).

¹³⁴ Conventions médicales départementales entre 1945 et 1971 ; première convention nationale, avec les seuls médecins, en 1971, puis élargissement progressif aux autres professions de santé : masseurs kinésithérapeutes (1972) ; infirmiers, orthoptistes (1973) ; orthophonistes (1974) ; chirurgiens dentistes (1975) ; sages-femmes (1976), directeurs de laboratoires de biologie (1977), transporteurs sanitaires (1997), centres de santé (2003), pharmaciens d'officine (loi du 27 juillet 1999, convention en cours de négociation).

La particularité de ces conventions « réglementaires » est toutefois que les professionnels gardent la liberté de ne pas s'y soumettre.

Entre 1971 et 1997, cette adhésion personnelle à la convention (parfois tacite, parfois expresse) a été – si on excepte le cas du secteur à honoraires différents dit *secteur 2* – la seule modalité « d'individualisation » des dispositions conventionnelles. Mais ensuite, et progressivement, sont apparues, dans toutes les conventions, des facultés de modulation individuelle du contenu de l'engagement individuel.

Cette transformation a d'ailleurs été clairement conceptualisée dans les recommandations de la « mission de concertation pour la rénovation des soins de ville »¹³⁵, lesquelles ont été directement reprises dans l'actuelle architecture en « trois étages » issue de la loi du 6 mars 2002 : premier étage constitué d'un socle interprofessionnel posant les règles et principes généraux ; puis deuxième étage comportant des dispositions propres à chaque profession (notamment les tarifs des actes) ; puis enfin troisième étage de contrats individuels relatifs à la pratique. Ce dernier étage a suscité certaines réticences au sein de la profession médicale.

On peut donc dire qu'aujourd'hui, la convention n'est plus un instrument monolithique.

Cette évolution fondamentale de l'instrument conventionnel doit, il est vrai, être nuancée : d'une part, les conventions n'utilisent pour l'instant cette faculté de modulation individuelle que de manière marginale. D'autre part, on ne doit pas la confondre avec ce que serait une véritable individualisation de l'engagement conventionnel : chaque contrat particulier, conforme à un modèle négocié collectivement, est le même pour tous ceux qui décident d'y adhérer, et l'assurance maladie est tenue d'accepter au contrat quiconque en fait la demande, dès lors qu'il respecte les critères objectifs d'adhésion.

c) en troisième lieu, les partenaires conventionnels ont progressivement accru leur autonomie de décision

Si le gouvernement conserve le pouvoir d'approuver ou de refuser d'approuver les accords auxquels sont parvenues les caisses nationales d'assurance maladie, ce pouvoir est aujourd'hui nettement limité.

Depuis la loi du 29 décembre 1999, les conventions et avenants ne peuvent faire l'objet d'un refus d'approbation que dans trois cas seulement, si l'on excepte le cas, évident et nécessaire, du refus d'approbation en raison d'une illégalité : l'incompatibilité avec les objectifs de dépenses, le risque pour la santé publique, ou le risque pour l'égal accès aux soins.

On peut donc dire que le pouvoir d'approbation « en opportunité » a, sur un plan juridique au moins, été considérablement restreint.

Une telle évolution, surtout si elle doit se poursuivre, doit rendre attentif à deux points particuliers :

En premier lieu, elle soulève avec plus d'acuité la question de la représentativité des syndicats professionnels signataires. Elle conduit aussi, symétriquement, à s'interroger sur le bien-fondé d'une participation des assureurs complémentaires¹³⁶.

En second lieu, elle peut rencontrer une limite d'ordre constitutionnel. En effet, l'acte conventionnel ne peut pas, constitutionnellement, se substituer au pouvoir réglementaire d'application des lois. Le Conseil constitutionnel n'a admis l'intervention d'un acte conventionnel à la place d'un

¹³⁵ Rapport de MM Bernard GLORION, Bernard BRUNHES, Stéphane PAUL et Mme Lise ROCHAIX, juin 2001

¹³⁶ Une partie au moins de ceux-ci étant, il est vrai, déjà représentés dans le conseil d'administration de la CNAMTS.

règlement d'application qu'en raison de ce que la convention restait, précisément, soumise à un agrément du pouvoir réglementaire (décision n°89-269DC du 22 janvier 1990)¹³⁷. Lequel agrément ne saurait, sans perdre sa valeur d'agrément, devenir automatique ou strictement limité aux questions de légalité.

En conclusion, on peut soutenir que l'instrument conventionnel est aujourd'hui techniquement consolidé à bien des égards, par sa pérennité, par des bases législatives toujours plus étendues, et par une jurisprudence qui le protège des annulations globales (annexe 72).

Cette solidité technique ne peut, il est vrai, représenter un objectif en soi. Il a déjà été souvent souligné que, par rapport aux objectifs généraux qu'il s'était fixés (quelques fois il est vrai de manière implicite), le système conventionnel présentait à bien des égards un bilan décevant.

Ainsi, malgré les espoirs qui ont, à de nombreuses reprises, été fondés sur elles, les conventions n'ont pas permis d'assurer la maîtrise des dépenses de santé.

Par ailleurs, malgré leur fonction de dialogue institutionnalisé entre assureurs obligatoires et professionnels de santé, les conventions ne sont pas forcément le vecteur indispensable de ces échanges puisque les quelque 53 000 spécialistes libéraux ont cessé, depuis plus de cinq ans, d'entretenir une vie conventionnelle avec l'assurance maladie sans que cela entraîne de dysfonctionnement fondamental.

Enfin, on doit constater que les conventions ne se présentent guère comme des instruments permettant de se fixer des objectifs et des moyens pour les atteindre. Comme l'ont noté beaucoup d'auteurs, elles constituent bien davantage des « règlements à élaboration conventionnelle » que des contrats de long terme passés avec une profession sur des buts précis ou des programmes à conduire en commun.

¹³⁷ On peut remarquer que le même obstacle constitutionnel n'existe pas pour les conventions collectives du droit du travail, en raison de ce que le principe de participation des travailleurs à la gestion des entreprises figure dans le préambule de la Constitution de 1946 (décision du Conseil constitutionnel n°89-257DC du 25 juillet 1989)

Section 6 L'articulation entre les champs, soins de ville et hospitalisation

La logique de partage de l'ONDAM en enveloppes et l'organisation institutionnelle largement structurée sur un clivage entre les soins de ville dont les caisses nationales assurent à titre principal le suivi et les dépenses d'hospitalisation qui sont dans la mouvance de l'Etat¹³⁸, posent des problèmes d'articulation :

- la définition et le suivi des transferts entre les enveloppes.

C'est le cas, par exemple de la prise en charge des ulcères gastro-duodénaux. En quelques années le traitement a été radicalement modifié grâce aux médicaments¹³⁹ qui ont bouleversé les modes de prise en charge et ont fait quasiment disparaître les interventions chirurgicales. Un transfert massif s'est alors opéré de structures hospitalières vers l'ambulatoire. Pourtant, à aucun moment il n'a été tenu compte de cette réalité et le « financement n'a pas suivi le malade », pas davantage que les restructurations de services. La dichotomie des modes de paiement (tarification à l'acte pour la ville, enveloppe budgétaire pour l'hôpital) n'est sans doute pas étrangère à cette situation.

On pourrait citer également d'autres exemples dans lesquels le parcours même du malade à l'intérieur de l'hôpital met en évidence une telle situation.

- et surtout, sur les procédures de contact entre les deux champs. Tout le monde s'accorde pour dénoncer la séparation ville/hôpital et souhaiter un décloisonnement permettant d'assurer une meilleure continuité des soins, favoriser la mise en réseau des professionnels de santé et d'arriver à une meilleure allocation des ressources. Que ce soit le cas de l'hospitalisation à domicile qui répond plus à une logique de gestion des lits hospitaliers que de satisfaction du patient ou celui de la chirurgie ambulatoire dont on a vu le faible développement en France, le cloisonnement des secteurs hospitalier et ambulatoire empêche une gestion optimale des ressources centrée sur le malade. Le problème des urgences illustre également bien cette problématique. Outre l'inefficience des moyens utilisés en l'absence de continuité des soins, la rigidité d'une approche segmentée hospitalisation d'un côté, soins de ville de l'autre, peut conduire à un transfert de responsabilité entre ces segments. Aujourd'hui la prise en charge de pathologies chroniques lourdes comme les cancers par exemple pour lesquels le malade aura des phases de traitement à la fois ambulatoires et hospitaliers, met en évidence la nécessité d'une approche coordonnée et décloisonnée.

La réflexion sur la gouvernance de l'assurance maladie doit mieux prendre en compte ces problèmes d'articulation.

1) au niveau des organes centraux,

2) à l'échelle régionale où une collaboration plus poussée – notamment entre les ARH, les URCAM et les URML – doit être recherchée.

Les différents schémas d'agences régionales de santé devraient faire l'objet d'analyses désormais centrées sur leur mise en œuvre concrète.

¹³⁸ En ce qui concerne le secteur de l'hospitalisation privée, jusqu'en 1999, l'Assurance Maladie a joué un rôle important dans le cadre des accords tripartites Etat-cliniques-caisses. Depuis cette date, l'Assurance Maladie n'intervient plus dans la fixation des tarifs.

¹³⁹ D'abord les anti H2 puis les Inhibiteurs de la Pompe à Protons et plus récemment l'association de ces antiulcéreux et de l'antibiothérapie pour l'éradication d'*helicobacter pylori*, responsable de plus de 80% des ulcères gastro-duodénaux.



Les années récentes – pour fixer les idées : les dix dernières années - auront été, pour la Sécurité sociale, des années d'incessantes transformations institutionnelles.

Que ce soit au sens strict, par la création d'institutions nouvelles (Agences Régionales de l'hospitalisation, Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie, etc.) et la modification des règles qui régissent les compétences et les rapports entre acteurs (avec des exemples aussi divers que la modification du champ des conventions avec les professionnels libéraux, la réforme du financement des établissements pour personnes âgées, ou les pouvoirs du Comité économique des produits de santé) ou que ce soit, dans un sens plus large, par l'effet des événements qui ont affecté la vie des institutions (que l'on pense aux différentes censures juridiques par le Conseil constitutionnel ou le Conseil d'Etat, au départ du MEDEF et de la CGPME du conseil d'administration de la CNAMTS, ou aux quelques « renversements d'alliances » entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels libéraux).

Le système connaît ainsi, depuis quelques années, le changement permanent.

Certains de ces changements – non des moindres – n'ont pas duré. Les enveloppes d'honoraires et de prescription, point phare de la réforme de 1996, n'ont véritablement servi qu'une seule fois ; le suivi de l'Objectif des dépenses déléguées par le système des lettres-clés flottantes, introduit au début de 2000, n'a jamais été sérieusement appliqué pendant ses deux années d'existence juridique ; les comités médicaux régionaux ont à peine fonctionné. Mais les autres novations se sont installées, et se sont même additionnées, en sédimentant leurs strates successives.

Le résultat est aujourd'hui un paradoxal mélange de scepticisme et de surcharge. Scepticisme tangible, en raison du caractère peu durable de certaines orientations et des difficultés objectives de pilotage de la réforme. Et en même temps surcharge institutionnelle, parce que les instruments de gestion du système, progressivement accumulés, sont devenus trop nombreux.

On s'accoutume ainsi à l'empilement des financements (que l'on pense à la Formation Médicale Continue, au financement des réseaux, à la multiplication des canaux de rémunérations du médecin libéral), aux empilements institutionnels (dont le meilleur exemple est la surcharge de l'échelon régional : ARH, URCAM, URML, CRAM, DRASS, ORS, etc.), et même aux empilements législatifs et réglementaires (les praticiens du droit savent, par exemple, que le chapitre du code de la sécurité sociale relatif aux conventions médicales et paramédicales, sans cesse retouché depuis 1996, est devenu un des plus complexes qui soient). Ce ne sont plus les organismes spécialisés ou les outils juridiques qui manquent - l'urgence n'est pas d'en ajouter d'autres – mais leur mise en œuvre efficace et cohérente.

En somme, ce qui a fait le plus défaut, pendant ces années de bouleversement institutionnel et de dérive des dépenses de santé, c'est la capacité collective de se définir un cap et de le tenir avec constance. Crise de gouvernance qui s'observe d'ailleurs dans le cheminement désespérément lent de plusieurs grands dossiers, pourtant déjà considérés comme stratégiques il y a plus de dix ans : cartes Vitale et Cartes de Professionnels de Santé (CPS), dossier médical partagé, tarification des hôpitaux à l'activité, ou réforme de la nomenclature.

Bien sûr, cette insuffisante capacité à aboutir, et à aboutir dans des délais efficaces, est loin de s'expliquer par une seule cause. Mais une au moins ne fait pas de doute : le système repose de plus en plus sur des compétences partagées, et non sur des compétences déléguées ou contractualisées. La multiplication des institutions et des instruments juridiques accélère cette fragmentation des pouvoirs, en fournissant à chacun la faculté de peser sur presque tout.

Ainsi, sur la quasi-totalité des sujets, il n'est désormais possible d'avancer que par « coordination ». Les URCAM coordonnent l'action de gestion du risque des différentes caisses et des différents régimes. L'Etat et l'Assurance Maladie doivent coordonner, au sein du GIP ARH, leurs moyens d'action sur l'hôpital. De très nombreux acteurs se coordonnent au sein du GIE SESAM-Vitale ou du GIP CPS, on peut multiplier les exemples. Au mieux, c'est la lenteur et la perte d'efficacité ; au pire, c'est le conflit (que l'on songe, pour une illustration récente, à ceux qui ont pu naître autour de la difficile « coordination » des gardes médicales).

En fait, comme le montre la note de problématique qui précède, sur beaucoup de fonctions essentielles de l'assurance maladie, il manque un véritable chef de file, qui dispose en plénitude des moyens et du pouvoir de décider, qui affiche ses objectifs, et qui soit jugé sur la manière dont il les tient.

Et c'est pourquoi les outils ont souvent pris le pas sur les finalités qu'ils doivent servir. Les conventions médicales et paramédicales, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et les organismes nationaux d'Assurance Maladie, la tarification à l'activité (T2A), les processus d'accréditation, ne sont que des instruments. Ils n'ont d'intérêt et de sens que par rapport aux buts pratiques, chiffrés, vérifiables qui doivent être fixés au préalable : buts d'amélioration de la qualité et de l'efficacité, buts de restructuration des ressources du système de soins. Or, faute de rappeler ces buts avec assez de clarté, on en vient à mettre en avant les outils, et on oublie que la contrainte doit porter d'abord sur la main qui les tient.

Il n'est pas exagéré de dire que le système manque aujourd'hui, à tous ses niveaux (depuis l'administration d'un hôpital jusqu'aux grands choix de prise en charge), de capacité à décider en situation de responsabilité. Non pas que celui qui décide doive décider seul et sans concertation : la prise en compte des points de vue et la capacité à faire partager l'objectif par le plus grand nombre sont, au contraire, une condition de la réussite, dans l'assurance maladie comme ailleurs. Mais la fonction de décision et de prise de responsabilité ne doit pas être diluée comme elle l'est actuellement.

Ce diagnostic suggère, on l'a compris, que soient tranchés plus nettement qu'aujourd'hui les partages de compétence. A l'évidence, plusieurs schémas peuvent y répondre, parce que plusieurs répartitions de pouvoirs sont envisageables. Mais ils devraient avoir en commun que chaque acteur s'y voie fixer des objectifs quantitatifs connus de tous, dispose à cette fin de tous les pouvoirs de décision nécessaires, et assure intégralement la responsabilité de ses résultats.
