Cour des comptes

L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs

Rapport public thématique

Sommaire

Délibéré 7

Introduction 9

Chapitre I Des performances honorables, des fragilités avérées 13

I - Des résultats en demi-teinte 13

A - Des acquis réels 13
B - Des faiblesses persistantes 15
C - Des dépenses élevées en dynamique continue 20

II - Des perspectives préoccupantes 21

A - De multiples limites à l'accroissement des prélèvements obligatoires 21
B - De nombreux facteurs de hausse des dépenses 22

III - Une régulation financière à reconsidérer 30

A - Un pilotage annuel du niveau des dépenses, renforcé mais non exempt de fragilités 31
B - Des déficits récurrents qui viennent grossir une dette sociale déjà considérable 32
C - Une maîtrise à long terme de la dépense à construire 38

Chapitre II Des politiques de maîtrise de la dépense trop souvent mises en défaut 45

I - Un immobilisme persistant dans la rationalisation des soins de ville 46

A - De multiples tentatives de réorganisation inabouties 46
B - Des mécanismes conventionnels peu efficaces et déresponsabilisants 52

II - Un renoncement croissant à la restructuration de l'hôpital 60

A - Un mouvement de réorganisation hospitalière en voie de ralentissement 60
B - Une articulation défectueuse avec la médecine de ville 64

III - Une érosion de la couverture par l'assurance maladie obligatoire 69

A - Le basculement vers l'assurance maladie complémentaire, une solution de facilité 69
B - Une articulation insatisfaisante entre les dispositifs de couverture 73
C - Clarifier les rôles 77

Chapitre III Des modes de régulation en échec 85

I - Des mécanismes de rémunération inadaptés 85

A - Des réformes tarifaires structurantes mais ambigües 86
B - Une réalité des coûts à mieux prendre en compte 91
C - Un intéressement à la qualité des soins à étendre 97

II - Une répartition de l'offre de soins défectueuse 104
A - Une prédominance coûteuse de l'hôpital 105
B - Une répartition perfectible des équipements lourds 107
C - Des initiatives infructueuses pour renforcer la complémentarité des professions de santé 110
D - Une aggravation des disparités territoriales, résultat de l'absence de volonté politique 115
III - Des décisions de prise en charge à étayer de façon plus pertinente 128
A - Un dispositif complexe, inadapté à l'évolution des techniques et des marchés 128
B - Promouvoir une approche médico-économique plus large et plus construite 133

Chapitre IV Donner la priorité aux objectifs de santé publique et de qualité des soins 141

I - Réorganiser et placer la prévention au cœur de l'action publique 142
A - Une pluralité d'acteurs sans stratégie d'ensemble 142
B - Un changement de dimension nécessaire 143
C - Mieux reconnaître les dépenses de prévention dans l'ONDAM 146
II - Faire de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins l'axe central de toute réforme 147
A - Faire émerger un pilotage du système de soins par la qualité 147
B - Lutter plus efficacement contre les fraudes et renforcer les contrôles 154
III - Saisir toutes les opportunités de la numérisation de la santé 157
A - Exploiter activement les données massives de santé 157
B - Déployer rapidement les outils électroniques d'amélioration de la coordination des soins 160
C - Créer les conditions d'un déploiement maîtrisé de la télémédecine 162
IV - Dessiner un nouveau cadre de responsabilité et d'action 164
A - Réguler les dépenses par l'amélioration de l'efficience et la primauté des objectifs de santé publique 165
B - Redéfinir l'articulation entre niveau central et échelons déconcentrés 167
C - Aller vers une gouvernance d'ensemble unifiée du système de santé 172

Conclusion générale 179

Récapitulatif des recommandations 185

Glossaire 189

Annexes 193

Réponses des administrations et des organismes concernés 231

Les rapports publics de la Cour des comptes

- Élaboration et publication -

La Cour des comptes publie, chaque année, un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport est un rapport public thématique.

Les rapports publics de la Cour s'appuient sur les contrôles et les enquêtes conduits par la Cour des comptes ou les chambres régionales des comptes et, pour certains, conjointement entre la Cour et les chambres régionales ou entre les chambres. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs, et des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapports publics.

Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du Premier président, du Procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent en formation plénière ou ordinaire, sous la présidence du Premier président et en présence du Procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr

Ils sont diffusés par ***La Documentation Française***.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le présent rapport sur L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs.

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations et organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Vachia, Paul, Duchadeuil, Mme Moati, M. Morin, Mme de Kersauson, présidents de chambre, Mme Froment-Meurice, M. Lefas, Mme Ratte, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Andréani, Perrot, Barbé, Courtois, Vivet, Charpy, Martin, Ténier, Mme Podeur, MM. De Gaulle, Uguen, Viola, Le Mer, Rousselot, Rosenau, Rabaté, Rolland, Chatelain, Mme Soussia, MM. Fulachier, Allain, Lallement, Dubois, Mmes Mattéi, Girardin, Riou-Canals, MM. Levionnois, Duboscq, conseillers maîtres, M. Blanchard-Dignac, conseiller maître en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Durrleman, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, M. Paul, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. de la Guéronnière, conseiller maître, de Mme Delpech, rapporteure, rapporteurs devant la chambre chargée de le préparer, et de M. Lefas, président de chambre maintenu en activité, contre-rapporteur devant cette même chambre ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général, accompagné de M. Diringer, avocat général.

M. Lefort, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 21 novembre 2017.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré les 6 et 13 septembre 2017, par la sixième chambre, présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de MM. Selles, Diricq, Laboureix, Viola, Brunner, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. de la Guéronnière, conseiller maître et Mme Delpech, rapporteure extérieure, et, en tant que contre-rapporteur, M. Lefas, président de chambre maintenu en activité.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, le 26 septembre 2017, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Vachia, Paul, rapporteur général du comité, Duchadeuil, Mme Moati, M. Morin, Mme de Kersauson, présidents de chambre, et M. Johanet, Procureur général, entendu en ses avis.

Introduction

Les principes qui font aujourd'hui de l'assurance maladie un des piliers de la protection sociale ont été posés par les ordonnances des 4 mars, 4 et 19 octobre 1945.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 qui porte organisation de la sécurité sociale énonce, dès son exposé des motifs, que « La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes ». L'ordonnance du 19 octobre portant statut de la mutualité énonce le principe selon lequel l'assuré choisit librement son praticien. Elle esquisse le cadre de l'approbation, par une commission nationale, des conventions entre les syndicats professionnels et les caisses régionales de sécurité sociale en vue de la fixation des tarifs d'honoraires et frais accessoires des praticiens et auxiliaires médicaux, selon une nomenclature générale des actes fixée par arrêté interministériel. Elle encadre strictement les dépassements d'honoraires et définit les conditions de remboursement par les caisses d'assurances sociales des soins en ville et à l'hôpital, sous réserve d'un ticket modérateur de 20 % laissé à la charge de l'assuré. Elle ouvre aux assurés sociaux atteints d'une longue maladie le droit aux soins que nécessite leur état et à une allocation mensuelle pendant le temps nécessaire à leur rétablissement, dans la limite de trois ans.

Cette assurance obligatoire s'est depuis lors continûment renforcée, tant par la prise en charge croissante des frais encourus par les traitements médicaux que par l'extension continue du champ des personnes couvertes.

L'harmonisation maintenant presque complète des niveaux et des modalités de prise en charge offerts par les régimes d'assurance maladie, leur mutualisation financière et, depuis 1991, le financement de l'ensemble, à côté de cotisations dont le poids a baissé, par une contribution sociale généralisée, lui ont progressivement donné une cohérence et une généralité qui ont été parachevées par la mise en œuvre, au 1er janvier 2016, de la protection universelle maladie (PUMa). Cette dernière reconnaît à toute personne résidant régulièrement en France un droit à la prise en charge de ses dépenses de santé et supprime tout lien avec les cotisations versées.

Ce système suscite un vif attachement, mais aussi une inquiétude de plus en plus marquée de nos concitoyens, comme le montrent les enquêtes d'opinion et l'intensité du débat public à son sujet. Sa réussite est, sur bien des plans, incontestable. Il contribue remarquablement à la préservation de la santé de la population, puisque l'espérance de vie moyenne, qui atteint presque 83 ans, est l'une des plus longues dans le monde, et que l'espérance de vie en bonne santé, qui atteint aujourd'hui 63,8 ans, dépasse largement selon les études réalisées par l'office européen des statistiques, tant la moyenne communautaire (61,6 ans) que les résultats atteints par l'Allemagne (56,5 ans) ou l'Italie (62,4 ans), ne le cédant qu'à l'Espagne (65 ans) et surtout à la Suède (73,6 ans). Notre pays enregistre également des résultats favorables en raison de l'étendue de la couverture financière de la population puisque, selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la part des dépenses de santé qui reste finalement à la charge des ménages est, avec 7 %, la plus faible des pays industrialisés, venant après l'Allemagne (13 %), le Royaume-Uni (15 %), ou l'Union européenne prise dans son ensemble (15 % également). Ce résultat n'est toutefois atteint qu'au prix d'un fort développement des assurances complémentaires privées, qui financent 13 % des dépenses de santé et qui, malgré des dépenses fiscales et des participations des entreprises, demeurent largement à la charge des ménages.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée, en 2016, à 198,5 Md€, soit plus de 2 970 € par habitant[1].

Le secteur d'activité économique, qui s'est organisé autour de l'assurance maladie, représente 11 % du produit intérieur brut, niveau en constante croissance depuis 1945. Il fait vivre ensemble un secteur public hospitalier puissant, des cliniques privées dynamiques et des établissements privés à but non lucratif en pointe dans certains domaines, et un secteur de ville reposant essentiellement sur un exercice libéral, la liberté d'installation des professionnels de santé et la négociation conventionnelle avec l'assurance maladie des conditions de tarification des actes et prestations. L'ensemble emploie, en 2016, un million et demi de personnes, dont 223 600 médecins et 937 000 auxiliaires médicaux, répartis sur tout le territoire, contre 509 259 en 2000, soit une hausse de 195 %.

Aujourd'hui cependant, alors que des efforts récents ont engagé un mouvement de diminution progressive du déficit, qui reste néanmoins de loin le plus élevé de la sécurité sociale, les résultats acquis par l'assurance maladie ne semblent plus garantis. Dans les domaines de la santé publique,

[1] Voir annexe n° 4.

de l'égalité et de la qualité de prise en charge des patients et de soutien aux professionnels de santé, des difficultés apparaissent ou s'aggravent. Les déficits répétés de la branche maladie, qui n'a pas retrouvé l'équilibre depuis vingt-cinq ans, sont l'origine principale de l'accumulation d'une dette sociale considérable (84 Md€ au total) qui mine la solidité et la légitimité du système de protection sociale en reportant une bonne part des dépenses de soins sur les générations suivantes. L'accès aux soins est parfois difficile en de nombreux points du territoire. Ces fragilités se sont amplifiées alors que, dans le même temps, le vieillissement de la population, le développement de pathologies chroniques coûteuses, le renchérissement des techniques de soins, promettent des difficultés croissantes pour financer les prestations.

C'est dans ce contexte que la Cour des comptes, qui intervient déjà publiquement sur ce sujet à l'occasion des rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) ou dans ses travaux pour le Parlement, a souhaité l'aborder pour la première fois de façon globale et dans une perspective de moyen et long terme. Elle cherche ainsi à éclairer les choix collectifs qui doivent être débattus pour préserver cette solidarité essentielle des citoyens devant la maladie.

Pour mener à bien ce travail, la Cour a rassemblé et actualisé les constats qu'elle a effectués dans de nombreux domaines de l'organisation des soins et du pilotage tant national que territorial de l'assurance maladie, à l'exclusion des territoires d'Outre-Mer qui ont fait l'objet d'une analyse globale approfondie récente[2]. Elle a également mené cinq enquêtes nouvelles pendant l'année 2016 portant sur la Haute Autorité de santé, le rôle des dispositifs tarifaires dans l'efficience du système de soins, les inégalités territoriales et la rationalisation de l'offre de soins, les modalités d'exercice et d'organisation des professions de santé, enfin sur les modalités d'organisation et de gestion du contrôle médical de l'assurance maladie. Un séminaire de réflexion auquel ont participé les meilleurs spécialistes de ces questions, au-delà du cercle habituel des enquêtes et contrôles que la Cour conduit, a visé à mettre en perspective les évolutions attendues en matière de progrès médical, de santé publique et d'organisation du système de soins, en ayant un regard sur les meilleures pratiques de nos partenaires européens.

[2] Cour des comptes, *Rapport public thématique : La santé dans les Outre-Mer : une responsabilité de la République*. La Documentation française, juin 2014, 287 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Au terme de ces investigations, il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficience, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I).

Pour parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II).

Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficience de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III).

Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de notre pays, le soumettent sans relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

Chapitre I

Des performances honorables,

des fragilités avérées

L'assurance maladie doit financer un système de santé performant, accessible à tous, à un coût supportable aujourd'hui et demain pour les ressources de la Nation. C'est d'un diagnostic sur ces exigences fondamentales que doit partir toute réflexion sur l'avenir. Or, si notre organisation des soins procure, en dépit de quelques faiblesses persistantes, des services à la population d'une qualité reconnue, elle le fait à un coût élevé par rapport à d'autres pays de niveau de développement comparable.

Les principales composantes de dépenses sont orientées à la hausse alors que l'augmentation de la part de la richesse nationale consacrée à la santé risque d'être contrainte par la situation des finances publiques. Ces perspectives préoccupantes amènent à s'interroger sur l'efficacité des mécanismes de régulation des dépenses.

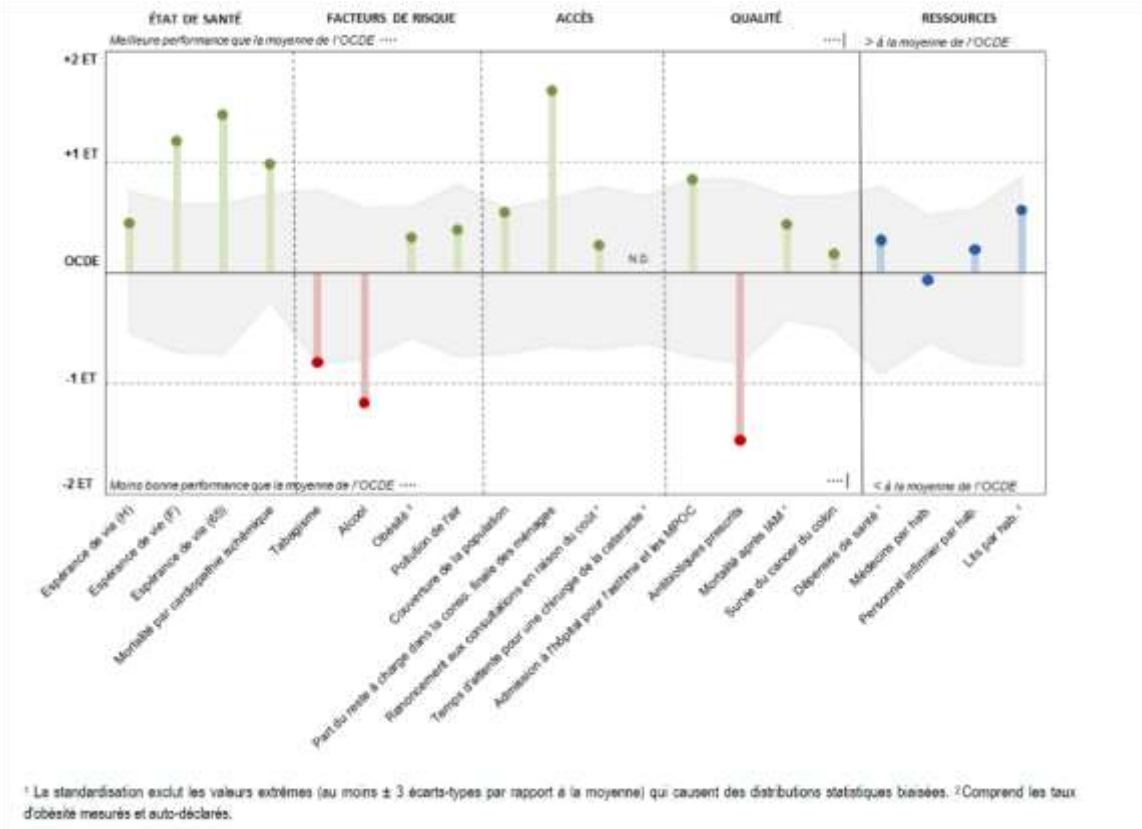
I - Des résultats en demi-teinte

A - Des acquis réels

Les organisations internationales évaluent favorablement les résultats atteints par la France en matière de santé publique. Ainsi en 2015, pour l'OCDE, son système de santé se comparait toujours avantageusement à celui de la plupart des autres pays industrialisés, même si elle notait un certain nombre de points faibles. La France reste dans le

peloton de tête (avec l'Espagne et l'Italie) en termes d'espérance de vie à la naissance (82,4 ans contre 80,6 ans en moyenne dans les États membres de l'Union européenne). Toutefois, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes reste plus important que dans la plupart des autres pays membres de l'OCDE (6,5 ans en France par rapport à 5,5 ans en moyenne dans l'Union européenne), en raison principalement d'une plus grande prévalence des facteurs de risque chez les hommes.

Graphique n° 1 : comparaison entre la France et les autres États membres de l'UE sur des indicateurs de facteurs de risque pour la santé, 2016 (ou année la plus proche)



[1] La standardisation exclut les valeurs extrêmes (au moins ± 3 écarts-types par rapport à la moyenne) qui causent des distributions statistiques biaisées. [2] Comprend les taux d'obésité mesurés et auto-déclarés.

Lorsque le point du graphique se trouve dans sa partie supérieure, la performance de la France est meilleure que la moyenne de l'OCDE. La zone grisée au milieu du graphique est délimitée par la courbe, supérieure, des performances maximales atteintes par 75 % des États membres de l'OCDE, et celle, inférieure, des performances dépassées par 75 % de ces pays.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait même placé notre pays au premier rang mondial devant l'Italie, l'Espagne, Oman, l'Autriche et le Japon dans une enquête réalisée en 2000 sur 191 pays à partir de cinq indicateurs représentatifs[3]. La méthodologie de cette étude ayant été fortement critiquée, l'OMS a renoncé depuis lors à cette approche.

D'autres palmarès, réalisés par des organismes indépendants, sont moins flatteurs : dans le dernier classement établi par la revue médicale britannique « The Lancet » en 2017[4], la France n'occupe que la 15ème place avec un index agrégé de 88 sur une échelle allant de 0 à 100. Elle vient après l'Islande, la Suisse et la Suède, qui atteignent des index de 94, 92 et 90, mais également derrière la Finlande, l'Espagne, les Pays-Bas (tous avec un index de 90), ainsi que le Japon et l'Italie (index de 89).

Les sentiments des usagers rejoignent le jugement porté par les études comparatives internationales. Si, selon une enquête réalisée en février 2017, le système de santé fonctionne toujours bien pour 61 % des Français, 46 % d'entre eux estiment qu'il s'est dégradé au cours des cinq dernières années.

B - Des faiblesses persistantes

1 - Un taux de mortalité infantile apparemment très supérieur à celui de ses partenaires européens

Avec un taux de mortalité infantile de 3,8 pour mille y compris Mayotte en 2016[5], la France n'arrive qu'en quinzième position au sein de l'Union européenne selon les données d'Eurostat pour 2014. La Cour en avait fait le constat dans son rapport public annuel de 2012[6] où elle avait relevé son absence de régression depuis 2005, contrairement à ses

[3] Niveau de santé général de la population ; inégalités ou disparités de santé dans la population ; degré général de réactivité du système de santé (satisfaction des malades conjuguée à son bon fonctionnement) ; distribution de cette réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé) ; et répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population.

[4] The Lancet, 18 mai 2017.

[5] Il s'analyse comme le rapport entre le nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire et l'ensemble des enfants nés vivants.

[6] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, Tome 1. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, p. 395-428. La Documentation française, février 2012, 657 p., disponible sur www.ccomptes.fr

partenaires européens. L'interprétation des chiffres est cependant malaisée en raison d'incertitudes sur la nature des données. L'Insee a renoncé à communiquer les données de mortinatalité en attendant de bâtir une nouvelle série dans les années à venir.

2 - Une mortalité précoce évitable élevée

L'efficacité du système de santé publique financé par l'assurance maladie n'explique en tout état de cause qu'une partie des résultats de santé publique. L'environnement, les habitudes, l'alimentation, qui exercent en moyenne une influence positive en France par rapport à de nombreux autres pays, sont tout aussi décisifs pour l'espérance de vie. Malgré ce contexte favorable, la mortalité évitable est, dans certains domaines clefs, particulièrement élevée : le tabagisme dépasse de loin en France la moyenne de l'OCDE (22,4 % contre 18,4 %), de même que la consommation d'alcool (11,9 litres d'alcool par habitant contre 9 litres). L'obésité et le surpoids progressent rapidement et concernent maintenant respectivement 15 % et 31 % de la population.

La France est aussi, d'après les données de l'Office européen des drogues et de la toxicomanie, le pays qui compte la part la plus importante de personnes ayant déjà consommé du cannabis (40,9 % des 15-64 ans contre 23,1 % en Allemagne et 19,9 % au Royaume-Uni). Les jeunes adultes (15-34 ans) en sont aussi les plus gros fumeurs (22,1 % en ont consommé au cours des douze derniers mois alors que la moyenne européenne se situe à 11,7 %).

Les conséquences de ces faiblesses se font sentir dans les statistiques de mortalité prématurée, particulièrement pour les hommes : la France ne se classe, d'après les données collectées par Eurostat, qu'au 17ème rang des 28 États membres de l'Union européenne, et accuse un retard considérable par rapport à ses principaux partenaires (267,2 pour 100 000 contre 176 pour 100 000 en Suède, 181 pour 100 000 en Italie et 214 pour 100 000 en Espagne). Les résultats de notre pays sont tout aussi médiocres lorsqu'on les compare à d'autres pays industrialisés, puisqu'il n'occupe, pour le même indicateur, que la 24ème place parmi les 32 pays membres de l'OCDE. Les décès dus à la drogue ne sont cependant que de 6,80 par million d'habitants, un niveau près de deux fois et demi inférieur à la moyenne européenne.

Avec 148 000 décès par an, le cancer est en France la première cause de mortalité, la première cause de mortalité avant 65 ans et la première cause de mortalité évitable en France, 80 000 décès par an étant évitables

à condition de changer de comportements. Son incidence a doublé en 30 ans et le nombre de nouveaux cas par an atteint 380 000, mais la France a, en Europe, le meilleur taux de survie à cinq ans.

3 - Des inégalités qui se creusent dans l'accès aux soins

Une difficulté majeure concerne les inégalités d'accès aux soins, qui se manifestent par de fortes différences géographiques, aggravées par le phénomène des dépassements tarifaires.

a) De fortes disparités géographiques

Des études du ministère de la santé[7] ont montré que les 10 % de la population les mieux desservis avaient des possibilités d'accès aux médecins généralistes trois fois supérieures aux 10 % les moins avantagés. Elles reposent sur un outil appelé « indicateur d'accessibilité potentielle localisée » (APL). Cet indicateur, développé par le ministère de la santé et par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), est calculé pour chaque commune et pour certaines professions de santé[8]. Il tient compte de la demande et de l'offre à distance accessible, du taux d'activité des professionnels, et de la structure par âge de la population. Il met en évidence une situation encore plus tendue pour d'autres professions médicales : le rapport entre les deux déciles extrêmes est d'un à six, voire d'un à huit, pour les chirurgiens-dentistes, les gynécologues ou les ophtalmologistes. Ce sont les habitants des communes rurales, mais également ceux de la petite couronne des grandes et moyennes agglomérations, qui souffrent des taux d'accessibilité les plus faibles[9]. Pour ces derniers en particulier, il apparaît qu'entre un quart et un

[7] « *Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires* », Étude et résultat n° 970, juillet 2016, et « *Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ?* », Les dossiers de la DREES n° 17, mai 2017, DREES.

[8] Médecins généralistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, et masseurs-kinésithérapeutes.

[9] Des inégalités encore plus importantes sont constatées au niveau des bassins de vie, en particulier dans les quartiers relevant de la politique de la ville. Selon les données de l'observatoire national de la politique de la ville, ces quartiers ont une densité de professionnels de santé de proximité 1,8 fois inférieure à celle des villes auxquelles ils appartiennent.

tiers d'entre eux[10] ont une accessibilité à la médecine générale inférieure à trois consultations par habitant et par an, alors que cette proportion est deux fois inférieure dans les communes-centres des moyens et petits groupements urbains, et jusqu'à dix fois moindre dans les grands pôles, sauf Paris. Entre 2012 et 2015, l'indicateur d'accessibilité s'est dégradé partout, mais plus fortement encore pour les communes isolées[11].

La situation est également préoccupante pour les soins hospitaliers, non parce que la France manque d'établissements de santé, mais parce que la sécurité des soins ne peut être garantie dans ceux qui enregistrent une activité insuffisante et qui sont souvent situés dans des zones moins peuplées. En chirurgie comme en obstétrique, un consensus scientifique s'est établi sur le lien direct entre la sécurité de la prise en charge et le niveau d'activité. Celui-ci est cependant considéré comme faible[12] pour soixante-douze établissements ayant un service de chirurgie, parmi lesquels 38 ont une pratique chirurgicale gynécologique ou obstétricale adossée à une maternité. Lorsque, comme c'est souvent le cas en matière d'anesthésie-réanimation, il est recouru à l'intérim ou à des praticiens à diplôme étranger pour tenter de pallier ces difficultés, les surcoûts sont très élevés. Ils ont été estimés, toutes spécialités confondues, à 500 M€ par an en 2013, pour 6 000 médecins[13].

b) Des freins aux soins créés par les dépassements tarifaires

Des inégalités également préoccupantes ont leur origine dans les dépassements tarifaires qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ces dépassements sont, en effet, de plus en plus nombreux et onéreux et peuvent représenter un obstacle à l'accès aux soins pour les patients qui ne sont pas couverts par une assurance complémentaire ou qui le sont mal.

Dans la médecine de ville, la proportion des médecins généralistes qui pratiquent des dépassements est limitée : 8,7 % en 2015. Elle est même en régression, puisqu'elle était de 16 % en 1985. La situation est

[10] 23,5 % pour les habitants des couronnes urbaines des grands pôles et 34 % de ceux des couronnes des moyens et petits pôles.
[11] L'accessibilité des zones sous le seuil de 2,5 consultations par habitant s'est cependant très légèrement améliorée entre les enquêtes de 2013 et 2017.
[12] Entre 300 et 1 500 séjours relevant des activités concernées.
[13] Rapport établi par le député VÉRAN, Olivier, *Hôpital cherche médecin coûte que coûte*, décembre 2013.

radicalement différente pour les spécialistes[14] et autrement plus préoccupante. Ils sont en effet 45 % à exercer en secteur 2, où les dépassements sont autorisés, contre 30 % en 1985. Le taux moyen de ces dépassements tarifaires a de surcroît fortement augmenté, du moins jusqu'en 2013, date à laquelle il atteignait 56 %, alors qu'il n'était que de 23 % en 1985[15]. L'inflexion intervenue depuis lors est à la fois limitée et coûteuse pour l'assurance maladie.

Certaines situations retiennent particulièrement l'attention. Dans le cas des chirurgiens-dentistes, les tarifs, laissés libres depuis les années quatre-vingt pour les prothèses et l'orthodontie, ont vivement progressé, générant chaque année des dépassements pour un montant total de 4,8 Md€. Ils peuvent expliquer des renoncements aux soins pour raisons financières, comme l'a mis en évidence la Cour en 2016[16]. D'autres spécialités sont concernées : les chirurgiens exercent à 81 % en secteur 2, les gynécologues-obstétriciens à 67 %, les ophtalmologues à 57 % et sont installés surtout dans les zones urbaines. Plus de la moitié de la population réside ainsi dans des départements où plus de la moitié des spécialistes sont installés en secteur 2. De ce fait, les inégalités géographiques se doublent d'inégalités financières dans les zones les plus urbaines.[17]

Des pratiques analogues s'observent dans les établissements de santé à but lucratif. Plus de 40 % des séjours en clinique donnaient ainsi lieu à dépassement d'honoraires en 2015, avec des disparités importantes entre les zones urbaines et les zones rurales. Le taux de dépassement moyen atteint 66 %.

Le nombre des médecins hospitaliers publics qui pratiquent des dépassements, parfois très importants, dans leur activité libérale est en nette augmentation depuis dix ans, même s'il reste modeste en proportion du total (moins de 10 %).

---

[14] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre V : La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213. La Documentation française, septembre 2017, 729 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[15] Données CNAMTS.

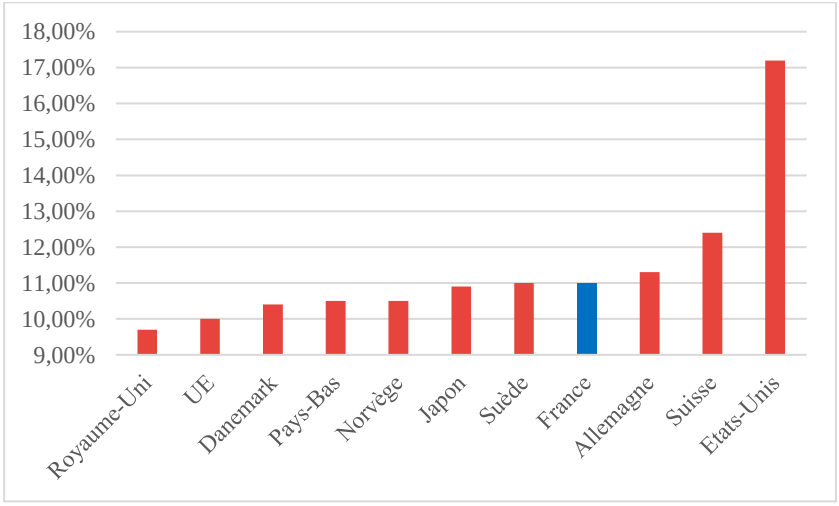
[16] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VI : Les soins bucco-dentaires, une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p. 245. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[17] L'accessibilité aux chirurgiens-dentistes est plus difficile que celle aux médecins généralistes, mais leur répartition est assez proche avec une concentration dans les pôles urbains, à l'exception de Paris, et une relative absence dans les couronnes rurales des pôles urbains.

C - Des dépenses élevées en dynamique continue

Les performances sanitaires enregistrées par notre pays le sont au prix de dépenses très élevées. Les dernières comparaisons internationales disponibles, qui portent sur l'année 2016, montrent que la dépense courante de santé y a atteint 11 % du produit intérieur brut (PIB). Elle est la quatrième plus élevée dans le monde, après les États-Unis (17,2 %), la Suisse (12,4 %) et l'Allemagne (11,3 %). Elle dépasse nettement la moyenne de l'Union européenne à 28 (10 %), mais également les Pays-Bas, le Danemark, la Suède, le Japon et, avec une marge importante, le Royaume-Uni. La France n'était pourtant en 2017, selon les statistiques du Fonds monétaire international (FMI), que le vingtième pays du monde en termes de revenu par tête, derrière tous ceux cités précédemment sauf le Japon.

Graphique n° 2 : dépense courante de santé en 2016, en % du PIB



Source OCDE. Note de lecture: la dépense de santé au sens international, reprise dans ce tableau, est établie par l'OCDE, l'OMS et Eurostat, pour permettre de comparer les dépenses de santé sur une base homogène.

Ce niveau de charges par rapport au PIB est le résultat d'un accroissement continu de la dépense de santé à un rythme plus rapide que la richesse nationale. La consommation de soins et de biens médicaux, son sous-ensemble principal, est ainsi passée, entre 1950 et 2015, de 2,6 % à

8,9 % du PIB[18]. Elle a augmenté pendant cette période à un rythme moyen supérieur de 2,1 points à celui de la production intérieure : 10,1 % par an en valeur contre 8 %. Sur la période 2006-2015, ce rythme s'est toutefois ralenti, passant de 4 % en 2007 à 3,1 % en 2008-2009 et à moins de 3 % depuis 2010, tout en restant supérieur à celui de la production nationale. L'inflexion est insuffisante au regard de l'évolution de la productivité globale des facteurs qui, en dernière analyse, permet seule de faire face aux charges croissantes de la santé. Comme l'ont montré des études récentes, la France a en effet, depuis la fin des années 1990 et comme la plupart des économies européennes, subi un ralentissement marqué de la croissance de sa productivité horaire du travail[19].

II - Des perspectives préoccupantes

A - De multiples limites à l'accroissement des prélèvements obligatoires

La poursuite de l'augmentation rapide des prélèvements obligatoires qui financent la santé se heurte à de nombreux obstacles, au premier rang desquels figure l'affaiblissement des perspectives de croissance à moyen terme de notre pays. Ce mouvement, accentué par les difficultés économiques de ces dernières années et la faiblesse des gains de productivité, s'exprime en particulier par le ralentissement de la croissance potentielle estimée, entre 1,2 % et 1,5 % pour 2017 selon les institutions (FMI, Commission européenne, OCDE ou Gouvernement français), contre 2,25 % avant la crise. Il risque d'être plus difficile à l'avenir de consacrer une part croissante de la richesse nationale à la santé, d'autant que le niveau des prélèvements obligatoires est, avec un taux de 45,9 %, le premier en Europe devant le Danemark et dépasse de plus de 11 points la moyenne de l'OCDE[20]. Il faudrait d'ailleurs encore majorer ce chiffre, s'agissant des dépenses de santé auxquelles doivent faire face nos concitoyens, du

[18] Cet agrégat se décompose comme suit en 2015 : consommation de soins hospitaliers, y compris honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (46,7 % du total), consommation de soins de ville, en cabinets libéraux ainsi que soins en dispensaires, de laboratoires et de cures thermales (26,0 %), consommation de transports de malades (2,4 %), consommation de médicaments (17,5 %), et consommation d'autres biens médicaux (7,6 %).
[19] Cf. France Stratégie – Note d'analyse n° 36 : *Comprendre le ralentissement de la productivité en France* – janvier 2016.
[20] Données 2014.

montant des adhésions aux assurances maladies complémentaires qui, si elles n'entrent pas dans le champ des prélèvements obligatoires, sont néanmoins depuis début 2016 d'application généralisée à tous les salariés.

La situation des finances publiques, marquée notamment par le niveau persistant des déficits et par le poids de l'endettement, va exercer durablement une pression encore plus forte sur des dépenses de santé, qui sont publiques pour leur très grande majorité. En tout état de cause, leur amélioration ne saurait conduire à relâcher l'effort : la mobilisation des marges nombreuses et considérables d'efficience des dépenses de santé s'impose d'abord comme une nécessité au regard même de la qualité et de la pertinence des soins, bien au-delà d'un enjeu étroitement comptable.

B - De nombreux facteurs de hausse des dépenses

Les déterminants à moyen et long terme des dépenses de santé sont fermement orientés à la hausse. Quatre phénomènes sont particulièrement préoccupants au regard de leurs conséquences sur les dépenses de santé : le poids croissant des maladies chroniques, le vieillissement, les coûts liés au progrès des techniques médicales, qui s'accélère et connaît depuis quelques années des évolutions remarquables, et, en dernier lieu, les charges à venir des affections liées à des comportements et à l'environnement.

1 - Le poids croissant des maladies chroniques et des cancers

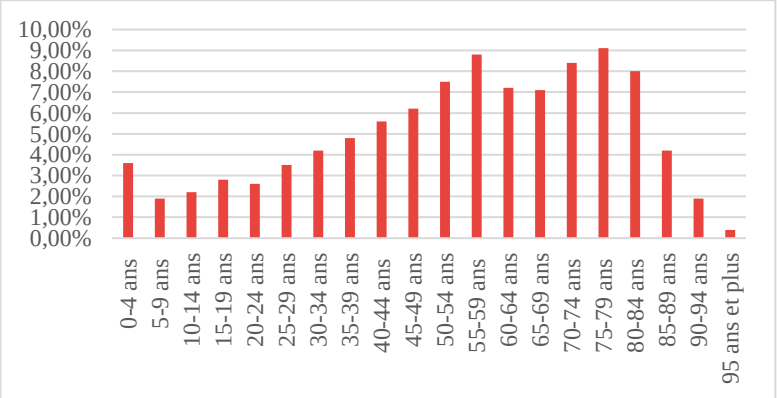
L'allongement de l'espérance de vie, qui s'est améliorée de plus de douze ans depuis 1970 et dont la poursuite est encore prévue par les démographes, est en partie redevable aux progrès de la médecine. Ceux-ci ne se manifestent pas seulement par un plus grand nombre de guérisons définitives. Ils permettent souvent, comme dans les cas du diabète, de l'insuffisance cardiaque ou des trithérapies du VIH, de favoriser la survie durable des patients, mais au prix de traitements indéfiniment poursuivis. De ce fait, une proportion croissante de la population, surtout âgée, est atteinte de maladies chroniques, souvent poly-pathologiques. Plus de dix millions de personnes, soit 16,6 % de la population, souffrent ainsi d'une des trente-deux affections de longue durée (ALD) reconnues par la sécurité sociale. Le ministère de la santé estime plus largement à 15 millions le nombre total des personnes touchées par des affections chroniques de tous ordres. Les coûts qui résultent de cette situation sont considérables. Ils se sont montés, pour les seules ALD, à 94,2 Md€ en 2014, soit 61,6 % du total des remboursements de l'assurance maladie.

Trois millions de patients vivent avec ou après un cancer, soit une famille sur trois. Les dépenses liées à son traitement en font le troisième ou le quatrième poste de dépenses d'assurance maladie selon les années, après les maladies cardio-neurovasculaires, les traitements du risque vasculaire et le diabète.

2 - L'impact du vieillissement

L'allongement de l'espérance de vie déjà mentionné, ajouté à la diminution, puis au plafonnement depuis le début des années 1980 du nombre des naissances, conduit à un alourdissement continu du poids des personnes âgées dans la population. La proportion de celles de plus de 65 ans, qui était de 17 % en 2010, devrait ainsi atteindre 26 % en 2050, celle des plus de 80 ans devrait passer dans le même temps de 5 % à 11 %. Comme la structure de coûts de l'assurance maladie est largement dépendante de la répartition par âge de la population, ainsi que le montre le graphique ci-après, la déformation de la structure démographique par le vieillissement entraîne inévitablement des coûts supplémentaires[21].

Graphique n° 3 : dépenses de l'assurance maladie en pourcentage du total, par tranche d'âge, 2008



Source : ministère des finances.

[21] Une étude de septembre 2017 attribue au vieillissement un quart de l'augmentation de la dépense de santé entre 2011 et 2015 (Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et de la statistiques, Études et résultats, n° 1025).

3 - Le coût du progrès technique et médical

Le progrès médical a un double effet sur la hausse des dépenses de santé : indirectement, en favorisant l'allongement de la vie, et dans un contexte souvent de maladies chroniques et de polypathologies, directement en raison des coûts, presque toujours plus élevés, que les nouvelles techniques ou traitements impliquent.

Quelques orientations de l'innovation et leurs conséquences sur les pratiques médicales

Le croisement des savoirs de nombreuses disciplines scientifiques, mathématiques, science des algorithmes, physique (imagerie-diagnostic, robotique), chimie (médicaments), biologie cellulaire et moléculaire, etc. change désormais de façon décisive la médecine et la pratique médicale.

Ainsi, les tests génétiques et la reconnaissance de biomarqueurs conduisent à l'apparition d'examens plus sophistiqués, la mise au point de nouvelles molécules permet un ciblage spécifique comme dans le cas des nouveaux traitements de l'hépatite C ou de certaines leucémies, les biothérapies consolident progressivement des domaines d'action grâce aux protéines recombinantes ou aux anticorps monoclonaux (traitements des maladies auto-immunes et inflammatoires notamment). L'association des thérapies moléculaires et cellulaires est prometteuse, l'utilisations des méthodes algorithmiques et robotiques au service de la chirurgie contribue à des gestes beaucoup moins invasifs, les perspectives ouvertes par de nouveaux dispositifs médicaux (travaux en cours sur les rétines artificielles, exosquelettes) peuvent changer la prise en charge de plusieurs pathologies.

Mais c'est dans la lutte contre le cancer que les progrès sont les plus spectaculaires, avec le virage ambulatoire, la chronicité de la prise en charge, le développement de la médecine de précision et une dynamique inconnue jusqu'à présent des connaissances et des innovations. De nouveaux types de médicaments font leur apparition : des anticorps conjugués, des protéines de fusion et des anticorps bispécifiques tels que le HER2-TDB. La majorité des autorisations de mise sur le marché concerne des nouveaux types de traitements : thérapies ciblées, immunothérapies spécifiques.

Cette évolution tendancielle a de multiples causes : coût de l'investissement accru, dans le cas par exemple du scanner ou de l'imagerie par résonance magnétique (IRM)[22] par rapport à la radiologie classique ;

[22] Technique permettant d'obtenir des vues en deux ou trois dimensions de l'intérieur du corps de façon non invasive avec une résolution de contraste relativement élevée.

apparition de nouveaux brevets qu'il faut rémunérer pendant une longue période avant que, dans le domaine du médicament par exemple, des molécules génériques ou des médicaments biosimilaires, libres de redevances, puissent se répandre. Ce phénomène peut être illustré par deux exemples concrets, l'évolution des blocs opératoires et le coût des nouveaux traitements médicamenteux.

Les blocs opératoires sont des ensembles déjà complexes, donc onéreux, nécessitant le contrôle de la qualité de l'air, des surfaces, des mouvements des personnels soignants, des règles de stérilisation, et des organisations en aval et en amont pour préparer et recevoir les patients. Ils sont engagés depuis quelques années dans un processus de modernisation avec l'apparition de salles hybrides[23] et d'équipements très coûteux tels que les robots[24], l'imagerie embarquée, la chirurgie mini-invasive ou les systèmes de retransmission des interventions. Les nouveaux dispositifs de vidéochirurgie sont ainsi trois fois plus chers[25] que les outils qu'ils remplacent. Ce mouvement doit, selon l'Académie nationale de chirurgie, s'accentuer dans les années qui viennent, et entraîner des changements profonds dans l'organisation des blocs opératoires. Les dépenses d'investissement et de fonctionnement, qui se sont déjà montées à plus de 5 Md€ en 2015 dans les hôpitaux et cliniques, vont enregistrer une forte croissance.

Le second exemple est le médicament. Certains cas récents ont attiré l'attention du public sur le prix demandé par les laboratoires pour les molécules innovantes et revendiquées comme efficaces. Pour les traitements contre l'hépatite C, il était tel qu'il pouvait compromettre l'atteinte de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'année 2014[26]. Encore s'agissait-il dans ce cas d'un produit réputé guérir définitivement les malades et évitant donc des dépenses futures. Tel est loin d'être le cas de toutes les innovations, dans le domaine des anti-cancéreux par exemple. Des constatations du même ordre peuvent être faites pour les maladies orphelines qui ne touchent qu'un faible

[23] Une salle hybride associe un bloc opératoire à un système de radiographie perfectionné ; elle rend ainsi possible la réalisation d'actes mixtes, en chirurgie et en interventionnel.
[24] Leur coût d'acquisition est d'environ 2 M€, celui de leur maintenance annuelle de 150 000 €.
[25] Environ 100 000 € par équipement.
[26] Le prix de la cure est depuis passé de 56 000 € réclamés par patient à 28 700 €.

nombre de patients, comme le montre l'exemple du traitement de certaines formes de leucémie, ou dans le cas de l'hypophosphatasie[27].

Le coût de certains nouveaux traitements

Dans le domaine du cancer, une étude récente du LEEM (Les entreprises du médicament), établie à partir de la base de données exhaustive des produits anticancéreux inscrits sur la liste en sus en 2017, aboutit à un coût moyen de traitement par patient et par an de 22 000 €.

Certaines molécules nouvelles s'annoncent néanmoins très onéreuses pour le système de soins. Le nivolumab (OPDIVO®) et le pembrolizumab (KEYTRUDA®), dits anti-PD1, sont des inhibiteurs du récepteur lymphocitaire PD1 (Programmed Death 1). Ces nouveaux anti-cancéreux ont des prix compris entre 5 500 € pour le premier et 6 300 € pour le second par mois de traitement[28], dont la durée est en majorité inférieure à un an.

Les thérapies géniques sont un autre exemple de molécules coûteuses. L'arrivée sur le marché américain et anglais d'un représentant d'une nouvelle classe d'anticancéreux capables de reprogrammer les cellules immunitaires du patient, les CAR T-cells, pour 594 000 € par traitement pour le STRIMVELIS® commercialisé au Royaume-Uni, laisse augurer de nouveaux alourdissements des dépenses de médicament même si, selon les entreprises du médicament, il s'agit le plus souvent de traitements délivrés une seule fois pour toute la vie.

La stratégie des laboratoires fait dépendre les prix de l'innovation de rupture davantage de la capacité à payer des marchés que d'autres facteurs comme par exemple les coûts de production et de recherche. Ainsi, le Sovaldi® (sofosbuvir) est facturé 320 fois plus cher aux États-Unis qu'en Égypte[29], dans le cadre d'un partenariat d'accès aux traitements innovants destinés aux pays du Sud il est vrai. Le chiffre d'affaires du laboratoire serait 25 fois supérieur sur ce produit au coût

[27] L'hypophosphatasie est une maladie héréditaire rare caractérisée par un déficit de la minéralisation osseuse et dentaire et un déficit de l'activité de la phosphatase alcaline du sérum.

[28] Avant remises conventionnelles et accord de prix avec le CEPS. Ces deux médicaments n'ont ni les mêmes indications, ni les mêmes périmètres de remboursement.

[29] Dans le cadre d'un partenariat d'accès aux traitements innovants destinés aux pays du Sud.

d'investissement[30]. L'Imatinib (GLIVEC®), dont la commercialisation a commencé en 2001 dans le traitement des patients adultes atteints de certaines formes rares de leucémie myéloïde chronique, mais dont les indications se sont progressivement élargies à d'autres pathologies cancéreuses, en particulier digestives, et à d'autres atteintes hématologiques, a un coût élevé et diversifié : 7 500 € par mois et par patient aux États Unis, entre 1 677 € et 1 842 € par mois en France.

Le prix moyen par année de vie gagnée par les anticancéreux aurait selon une étude américaine[31], quadruplé en monnaie constante entre 1995 et 2013, même si les conditions françaises peuvent être différentes.

Un constat similaire, bien que de moindre ampleur, pourrait être dressé pour les dispositifs médicaux. Ainsi le cas du syndrome d'apnée obstructive du sommeil est particulièrement illustratif de l'effet causal du progrès des techniques médicales sur la hausse des dépenses remboursées de dispositifs médicaux.

4 - L'effet de retard des affections liées aux comportements et à l'environnement

Les résultats très médiocres de la France en termes de mortalité évitable sont, en grande partie, liés à l'usage du tabac, aux consommations nocives d'alcool, à la mauvaise alimentation ou à une activité physique insuffisante.

Ces mauvaises performances posent non seulement un problème de santé publique, mais laissent aussi présager une forte augmentation des dépenses à venir. La Cour a déjà, dans deux évaluations publiques sur le tabac[32] et l'alcool[33], mis en lumière l'étendue des coûts directs et indirects induits par les consommations nocives de ces produits. Ils seraient, pour les seules dépenses d'assurance maladie, de 12 Md€ par an pour le premier produit et de près de 3 Md€ pour le second. Le coût de la pollution de l'air

[30] Selon un rapport du Sénat des États-Unis.
[31] H. HOWARD, David et al., *Pricing in the market for anticancer drugs*, NBER *working paper series*, novembre 2015.
[32] Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre le tabagisme*, Rapport d'évaluation pour le Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, décembre 2012, 332 p., disponible sur www.ccomptes.fr
[33] Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*. La Documentation française, juin 2016, 262 p., disponible sur www.ccomptes.fr

extérieur pour le système de soins a par ailleurs été évalué par la Cour[34] entre 1 et 2 Md€ par an, la charge de cette pollution pour l'économie étant elle *a minima* de 20 Md€.

Les questions posées par le développement du surpoids et de l'obésité sont sans doute, du point de vue de l'évolution future des charges supportées par l'assurance maladie, encore plus préoccupantes, parce que ces phénomènes, récents en France, sont en plein développement et n'ont pas produit tous leurs effets. Une étude récente[35] met ainsi en évidence que si notre pays reste encore au-dessous de la moyenne de ses partenaires, le nombre de personnes en surpoids ou atteintes d'obésité y croît, pour certaines catégories d'entre elles, de façon très rapide, de plus de 10 % par an pour le stade le plus grave de l'obésité morbide par exemple[36]. Les sujets affectés ont six fois plus de risque que ceux d'un poids normal de développer un diabète, et quatre fois plus d'être atteints d'hypertension artérielle. Ils sont également significativement plus concernés par les lombalgies et la dépression. Il en résulterait un surcroît de dépenses de santé, de 330 € par an et par assuré en surpoids et de 785 € pour une personne obèse. Au total, les finances publiques enregistreraient un surcoût de 9,5 Md€. La prise en compte des effets indirects (pertes de production principalement) porterait l'impact sur l'économie à 20,4 Md€. À l'horizon 2030, les dépenses de santé seraient alourdies de 0,7 % du PIB.

Des études analogues, aux résultats tout aussi inquiétants, ont été menées sur les conséquences de l'inactivité physique[37].

Les perspectives qu'ouvrent ces tendances lourdes sont d'autant plus défavorables que les actions de prévention qui pourraient seules les empêcher ou les réduire sont dans notre pays nettement en retard par rapport aux autres nations industrialisées.

En effet, selon une étude comparative menée en 2016 par l'OCDE, les dépenses de prévention n'atteignent pas, en France, 2 % des dépenses de santé, soit moins de 80 USD par habitant en parité de pouvoir d'achat, alors que la moyenne des pays membres dépasse 100 USD par habitant et 2,75 % des dépenses de santé. La France se situe ainsi loin derrière les

[34] Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre la pollution de l'air*, Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, décembre 2015, 123 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[35] Direction générale du Trésor, Le coût social de l'obésité, décembre 2016.

[36] La prévalence globale de l'obésité s'est toutefois stabilisée en France depuis dix ans (Santé publique France, Étude ESTEBAN 2014-2016, chapitre corpulence, 13 juin 2017).

[37] International sport and culture association, *The economic cost of physical inactivity in Europe*, juin 2015. Les coûts directs sont estimés pour la France à 4 Md€.

États-Unis (260 USD par habitant), les Pays-Bas et le Royaume-Uni (respectivement, 170 et 160 USD par habitant), le Japon et l'Italie, et est reléguée au vingtième rang. Alors que les diagnostics sur les risques encourus n'ont cessé de se préciser, tant au niveau national qu'international, l'effort de prévention n'a connu aucun accroissement depuis 2006. Bien au contraire, il tend à se réduire depuis 2009, sous l'effet sans doute de la résorption des dépenses exceptionnelles dues à la grippe aviaire à cette date, mais aussi du fait que cette politique, dépendant d'enveloppes budgétaires affectées, a pu souffrir des efforts de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie dans les années récentes.

Cette préférence pour le présent se traduit par un choix implicite de sacrifier des dépenses pourtant faibles, liées à des pratiques ou à des traitements préventifs, au bénéfice de la prise en charge d'épisodes aigus, souvent traités avec les coûts très élevés de l'hôpital, qui se révèleront nécessaires lorsque les pathologies non évitées se traduiront par des besoins de prise en charge lourde.

5 - Un fort alourdissement des dépenses attaché à toutes les projections

L'OCDE a estimé[38], en 2013, que les dépenses de santé pourraient s'accroître en France de 2,8 points de PIB à l'horizon 2060, mais que si des mesures de freinage ne sont pas mises en œuvre, l'alourdissement dépasserait 7 points. Les projections réalisées à la même date par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)[39] aboutissent à un accroissement de la charge de 2,8 points de PIB à l'échéance 2060, à condition que les gains d'espérance de vie se répartissent à égalité entre bonne et mauvaise santé. Le ministère des finances[40] a publié, en décembre 2013, des estimations légèrement plus optimistes : + 2,5 % en 2060. À l'horizon 2030, qui peut constituer une date raisonnable pour une action de

[38] OCDE, Département des affaires économiques, note de politique économique, *Quel avenir pour les dépenses de santé ?*, n° 19, juin 2013.
[39] HCAAM, Les dépenses de santé à moyen et long terme, 2013.
[40] Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE, documents de travail de la DG Trésor, décembre 2013. L'ensemble de ces études a été discuté récemment dans un document de travail de France stratégie, *Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France*, n° 2017-07, juin 2017.

moyen terme, les estimations de hausse vont de + 1,4 à + 1,5 point de PIB, c'est-à-dire environ 30 Md€[41].

Ces estimations ont été revues dans un sens plus favorable par le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) en juin 2017. L'accroissement des dépenses de santé serait ramené, selon ces nouvelles projections, dans une fourchette comprise entre + 1 % et + 2 % du PIB en 2060 et entre + 0,4 % et + 0,8 % en 2030[42]. Ces projections se rapprocheraient ainsi de celles retenues par la Commission européenne dans son rapport de 2012[43] : + 1,5 point de PIB pour les dépenses de santé en 2060 si le partage des gains d'espérance de vie entre les années passées en bonne santé et les autres reste constant, + 0,7 point de PIB si tous les gains sont en bonne santé.

Ces résultats, qui reposent sur des hypothèses, difficilement vérifiables, portant sur l'intensité, la forme et le coût de l'évolution des techniques, mais aussi sur les variables macroéconomiques, l'épidémiologie future ou l'adaptation de l'offre de soins, sont fragiles. Au-delà de leur caractère divergent, elles mettent en évidence l'importance de l'accroissement des dépenses à venir et peuvent donc donner, si ce n'est une mesure précise, du moins un ordre de grandeur des efforts à accomplir pour infléchir cette dynamique de dépenses de santé, ainsi que sa part à la charge de la collectivité[44].

III - Une régulation financière à reconsidérer

La conjugaison de ces performances honorables au prix de dépenses élevées et de ces perspectives préoccupantes amène à s'interroger sur la

[41] En valeur 2017.

[42] Selon des hypothèses de croissance à long terme (+ 1 % à + 1,8 %, scénarios médians à 1,3 % et + 1,5 %) et d'élasticité des dépenses de santé par rapport au PIB (1,4 et 1). L'hypothèse de baisse à 1 de cette élasticité, qui explique pour une très large part les valeurs inférieures dans la fourchette des projections, correspond au scénario de long terme retenu par la Commission européenne, mais suppose une forte inflexion par rapport aux tendances de long terme constatées jusqu'ici, que l'étude citée *supra* de France stratégie croit repérer dans les résultats de ces toutes dernières années, mais qui demanderait à être confirmée et distinguée du freinage des dépenses obtenu de façon volontaire par le pilotage de l'ONDAM. Il semble donc plus prudent de s'en tenir aux scénarios moyens ou haut.

[43] *The ageing report, economic and budgetary projections for the 27 EU member states (2010-2060), European economy, 2/2012*.

[44] D'autant qu'il faut lui ajouter le rattrapage du déficit actuel, soit 4,1 Md€ selon les estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017.

capacité du système de régulation financière des dépenses d'assurance maladie à résoudre, dans une perspective de moyen à long terme, les tensions auxquelles il est confronté. Le contrôle des dépenses repose pour l'essentiel sur un dispositif, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), mis en place il y a plus de vingt ans par les lois de financement de la sécurité sociale. Les améliorations réelles apportées à cet outil dans les années récentes, qui ont conduit à une nette amélioration de la gestion conjoncturelle des dépenses, n'ont pas empêché la répétition des déficits ni l'accumulation de la dette sociale. L'aspect le plus critique de ce dispositif, au regard des enjeux de long terme, tient cependant à la place disproportionnée dans la maîtrise de l'ONDAM des mesures annuelles et de la seule action sur les prix, efforts qui sont difficilement soutenables dans la durée. C'est donc l'ensemble de la maîtrise des dépenses qui exige une remise à plat.

A - Un pilotage annuel du niveau des dépenses, renforcé mais non exempt de fragilités

1 - Des instruments d'ajustement conjoncturel consolidés

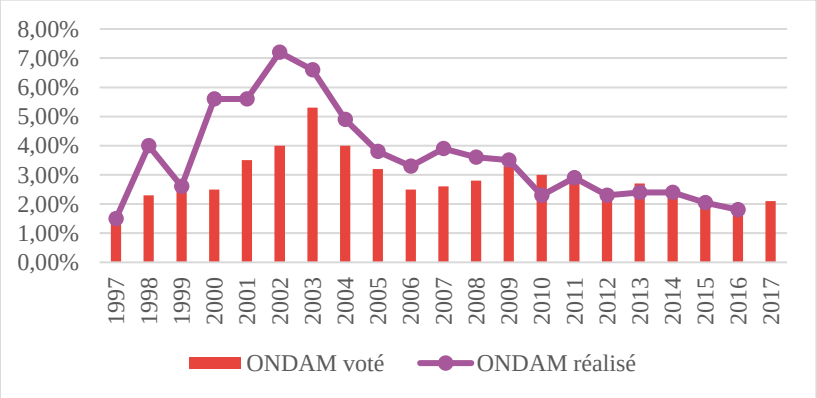
Pendant très longtemps, l'ONDAM a été un objectif exprimé dans les lois de financement de la sécurité sociale, sans avoir le caractère d'une obligation s'appliquant à tous les acteurs de système de santé. De ce fait, l'évolution prévue des dépenses couvertes par cet objectif n'a pratiquement jamais été respectée entre sa création par ordonnance du 24 avril 1996 et 2009.

La situation a fondamentalement changé à partir de 2010. Un ensemble d'instruments permettant de suivre de près l'exécution des dépenses et de prendre rapidement des mesures de correction si la trajectoire attendue n'est pas respectée a été instauré. À la procédure du comité d'alerte, institué par l'article 40 de la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004, comité qui se réunit plusieurs fois dans l'année pour avertir en cas de risque de non atteinte de l'objectif prévu, ont en effet été ajoutés des instruments de suivi plus précis et de réaction en cas de dérive. Une instance de pilotage de l'ONDAM, appuyée sur un système de remontée de statistiques d'exécution provisoires améliorées, peut ainsi actionner un dispositif de mise en réserve d'une partie des crédits, mis en place en 2010. Il s'y est ajouté en 2013 un coefficient prudentiel de régulation diminuant les tarifs hospitaliers en cas de dépassement des dépenses.

2 - Un objectif respecté depuis 2010

Cette volonté nouvelle de tenir les objectifs annuels fixés par la loi et la mise en œuvre d'outils efficaces a produit d'indéniables résultats. L'ONDAM voté par le Parlement a en effet été respecté chaque année depuis 2010, et son taux d'évolution a baissé jusqu'à 1,8 % en 2016, même si la Cour a constaté année après année des prévisions accommodantes et des biais de construction de nature à faciliter la tenue de l'objectif[45].

Graphique n° 4 : taux d'évolution de l'ONDAM, prévu et réalisé



Source : ministère de la santé.

B - Des déficits récurrents qui viennent grossir une dette sociale déjà considérable

Ces acquis n'ont cependant pas empêché la persistance de déficits annuels de la branche maladie de la sécurité sociale, de nature principalement structurelle, c'est-à-dire indépendante de la conjoncture économique. Il en est résulté une dette sociale considérable.

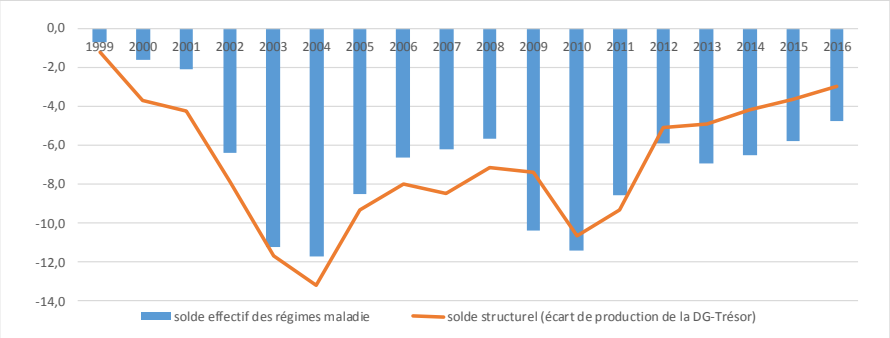
[45] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre II : « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer », p. 89. La Documentation française, septembre 2017, 729 p., disponible sur www.ccomptes.fr

1 - Un déficit permanent de nature principalement structurelle

L'assurance maladie n'a jamais connu, au cours des dix-sept dernières années, de résultat équilibré, et cette situation a perduré alors même que l'ONDAM était respecté.

La Cour a identifié les principaux facteurs de l'évolution des soldes de la sécurité sociale depuis le début des années 2000, en distinguant les facteurs conjoncturels et les facteurs structurels. S'agissant de la branche maladie[46], la comparaison des trajectoires des soldes avec leur composante structurelle montre que l'essentiel du déficit cumulé s'explique par des raisons indépendantes de la conjoncture économique.

Graphique n° 5 : comparaison des trajectoires des soldes structurel et total des régimes maladie, en Md€[47]



Source : Cour des comptes d'après les séries d'output gap[48] de la DG Trésor (novembre 2017).

Le solde structurel affiche ainsi une forte dégradation de 2000 à 2004, puis une amélioration tendancielle de 2005 à 2015, temporairement affecté en 2010 par les conséquences de la crise financière et économique, selon les hypothèses d'écarts de production retenus désormais par le

[46] Sur la base d'une élasticité des recettes au PIB estimée à 0,96.
[47] Y compris déficits du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) entre 2005 et 2008.
[48] Il mesure un écart de production, c'est-à-dire la différence entre la production nationale constatée et celle qui résulterait de l'optimisation des facteurs de production.

gouvernement[49]. En tout état de cause, le déficit continuerait jusqu'en 2016 à s'expliquer majoritairement par des facteurs structurels.

2 - Un ajustement principalement par les recettes et les transferts

a) Des dépenses dynamiques équilibrées par de fortes augmentations des recettes

L'analyse de la trajectoire financière structurelle des régimes maladie met en évidence que l'évolution de leurs soldes financiers trouve son origine dans une augmentation sensible des dépenses et des recettes. Les taux de progression élevés affichés par l'ONDAM de 2000 à 2004, en tout état de cause nettement supérieurs à la croissance potentielle des recettes, expliquent ainsi à eux seuls la forte détérioration du solde entre 1999 et 2004. Par la suite, la progression des dépenses a été freinée mais n'a été inférieure à celle des recettes potentielles qu'entre 2005 et 2007. Le cumul des efforts structurels en dépense serait ainsi fortement négatif, à -21 Md€ entre 2000 et 2016.

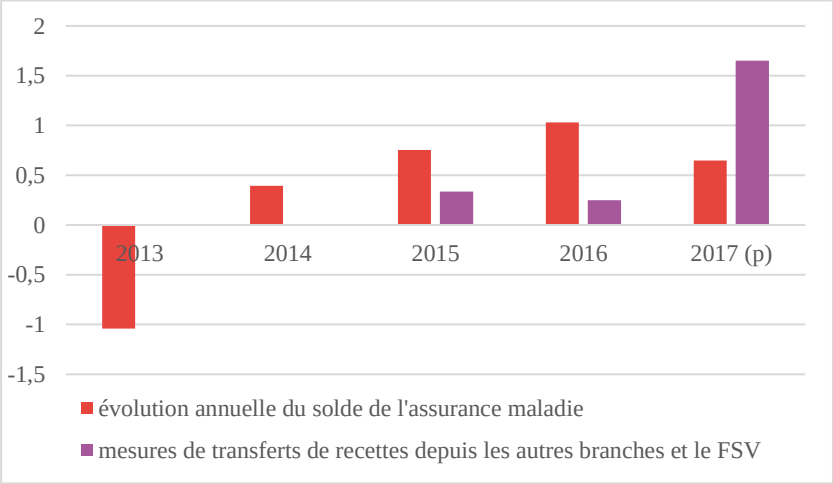
L'amélioration des soldes a été obtenue, entre 2005 et 2016, par le cumul de plus de 17 Md€ de mesures nouvelles nettes en recettes (dont 4 Md€ dès 2005), d'une mise à contribution nette croissante de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux recettes des régimes maladie (1,4 Md€ fin 2016) et du comblement du déficit croissant de la branche maladie du régime des indépendants par la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS, +1,8 Md€ entre 2000 et 2014). Parmi les 17 Md€ de mesures nouvelles accumulées fin 2016 figurent près de 2 Md€ de transferts de recettes pérennes opérés au profit de la CNAMTS depuis les autres branches du régime général dans des conditions qui manquent de transparence.

[49] L'écart de production, dit également en anglais « output gap », estime la distance entre le PIB constaté et le PIB potentiel, qui résulterait du plein emploi des facteurs de production.

b) Des transferts de recettes qui masquent la situation réelle des comptes

Les améliorations du solde de la branche maladie que l'on observe entre 2014 et 2017 (+2,4 Md€) ont pour l'essentiel été assurées par des transferts de recettes à son profit depuis les autres branches (+2,2 Md€), comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 6 : part des transferts de recettes dans l'amélioration du solde de la branche maladie depuis 2013



Source : Cour des comptes.

Ces mesures de circonstance masquent en réalité la mauvaise situation de ses comptes, particulièrement dans la période récente.

3 - Une situation globale de la branche maladie qui reste très préoccupante

Malgré l'organisation d'un apport de ressources nouvelles au bénéfice de la branche maladie au cours des dernières années, qu'il s'agisse de recettes ou de transferts en provenance d'autres branches, dans des conditions qui ne sont pas directement appréhendables dans les documents remis au Parlement, la branche maladie reste fortement déficitaire.

Sans doute le déficit total des quatre branches du régime général, maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), famille et vieillesse, ajouté à celui du Fonds de solidarité vieillesse, s'est-il fortement réduit au cours des dernières années, passant de 10,8 Md€ en 2015 à 7,8 Md€ en 2016[50], et à 5,2 Md€ en 2017 selon les estimations associées au PLFSS pour 2018. Mais alors que la branche famille et la branche vieillesse hors FSV sont presque revenues à l'équilibre ou dégagent un léger excédent, l'assurance maladie voit au contraire son déficit perdurer : 5,8 Md€ en 2015, 4,8 Md€ en 2016, 4,1 Md€ prévus pour 2017 selon le PLFSS pour 2018, soit 75 % du déficit total estimé du régime général. Le taux de l'ONDAM, après trois années de baisse, a pourtant été remonté de 1,75 % à 2,1 % pour 2017 et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 le porte à 2,3 %. En dépit d'un déficit qui se réduirait à 0,8 Md€ en 2018, selon les prévisions des pouvoirs publics, l'assurance maladie reste le secteur le plus fragile du régime général.

4 - Renforcer le cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale

Un endettement social considérable (151,1 Md€ à la fin 2016), en partie à court terme, dont l'origine peut être attribuée pour 55 %[51] au déficit de la branche maladie, en est résulté. Cette situation est dangereuse, dans la mesure où la capacité du système à financer les prestations peut se trouver mise en cause par une remontée prévisible des taux d'intérêt. Elle revient à faire financer des dépenses de transfert, par nature annuelles, par les générations futures qui supporteront les prélèvements obligatoires nécessaires à l'amortissement de cette dette. Elle est trompeuse, car elle laisse penser aux assurés et aux professionnels de santé que le niveau actuel des dépenses peut être maintenu indéfiniment.

Pour éviter à l'avenir la répétition de ces coûteuses insuffisances de pilotage, l'organisation de la régulation financière de l'assurance maladie par l'ONDAM devrait s'insérer dans un cadre organique rénové des lois de financement de la sécurité sociale.

[50] 8,5 Md€ hors comptabilisation d'un produit exceptionnel de cotisation sociale généralisée (CSG), sur laquelle la Cour a émis une réserve lors de la certification des comptes 2016 du régime général de sécurité sociale.
[51] Calcul Cour des Comptes.

Comme la Cour l'a souligné[52], il importe de tenir la dépense dans la durée et de proscrire l'endettement afin de prévenir l'installation de déficits structurels de la sécurité sociale. L'ACOSS devrait être cantonnée strictement au financement de besoins de trésorerie infra-annuels. Les éventuels transferts de recettes entre branches et avec le FSV gagneraient à être davantage encadrés.

La possibilité de financer des déficits transitoires, dans le cadre d'un équilibre structurel global, devrait ainsi être subordonnée à la mise en place d'un dispositif de lissage des recettes, alimenté pendant les périodes d'excédents des comptes, et utilisé pour combler les déficits conjoncturels lorsqu'ils se présentent.

Même si le retour à l'équilibre de la branche maladie n'est pas aussi garanti à un horizon proche que les prévisions associées aux lois de financement de la sécurité sociale peuvent le laisser augurer, l'amélioration générale des comptes de la sécurité sociale ouvre néanmoins des opportunités pour poser la question de l'intégration dans le cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale d'une disposition définissant clairement les ressources de la branche maladie, et obligeant à présenter et à voter ses comptes sans déficit, sauf, dans des cas limités, parallèlement à la mise en place d'un dispositif de lissage des recettes.

Des dispositions aboutissant, dans les faits, à un résultat comparable ont été adoptées en Allemagne, comme la Cour l'a montré en 2015[53]. Elles ont abouti à l'accumulation de 25 Md€ d'excédents gardés en réserve à la fin 2016, exercice dont le solde d'exécution a lui-même été positif de 1,4 Md€.

[52] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017*, chapitre IV : Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable, p. 163. La Documentation française, septembre 2017, 729 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[53] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre XVI : Les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p. 589. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

C - Une maîtrise à long terme de la dépense à construire

1 - Une régulation trop fortement orientée vers la gestion conjoncturelle

Tout aussi préjudiciable que l'absence de règle d'équilibre doit être relevée, malgré certains progrès récents, l'orientation trop conjoncturelle de l'ONDAM, souvent appuyée, de surcroît, sur une action sur les seuls tarifs.

Le mécanisme de la régulation prix-volume est le principal moyen d'ajustement budgétaire dans le secteur hospitalier, essentiellement financé par une tarification à l'activité (T2A). Les perspectives d'évolution de l'activité étant connues et le niveau de l'enveloppe réservée aux établissements de santé prédéterminé, ce mécanisme aboutit automatiquement à une évolution des prix moyens qui s'éloigne des coûts réels. Il a conduit en 2016 à la fixation de tarifs en diminution de 1 % et en 2017, à une nouvelle diminution différenciée de 0,9 % pour le secteur public et de 1,39 % pour le secteur privé.

Des baisses de prix substantielles ont également été obtenues dans le secteur des médicaments, liées en partie à l'expiration des brevets de certaines molécules importantes, mais également à des négociations avec l'industrie pharmaceutique[54].

À ces baisses de prix s'ajoutent des mesures d'économies programmées pour atteindre l'objectif fixé. La part qu'y occupent les mesures de nature conjoncturelle comme les baisses d'enveloppe de subvention ou de prix a certes été réduite au cours des dernières années mais représente encore plus du tiers dans le plan triennal 2015-2017. La réalité des résultats des actions qui visent à réorganiser l'action des hôpitaux ou des professionnels de santé est en outre mal documentée. Celles-ci font en effet l'objet de chiffrages peu précis ou forfaitaires, si bien qu'il est difficile d'apprécier leur impact réel. Lorsque la CNAMTS a rapproché, pour l'année 2015, les prévisions d'économies des réalisations, des différences significatives sont apparues dans un des principaux domaines concernés, celui de la maîtrise médicalisée de la dépense :

[54] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017*, Chapitre VIII : La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335. La Documentation française, septembre 2017, 729 p ., disponible sur www.ccomptes.fr

700 M€ d'économies avaient été prévus, 598 M€ seulement ont été réalisés. Les résultats ont été encore plus décevants en 2016 : 460 M€ de moindres dépenses seulement, soit moins des deux tiers de la cible qui n'a pas été modifiée.

Le recours de plus en plus systématique, dans le secteur hospitalier, à des baisses de tarifs supplémentaires ou à l'annulation de crédits d'investissement et d'enveloppes finançant des mesures d'intérêt général pour parvenir, en cours d'année, à respecter l'ONDAM, accentue encore davantage l'orientation de la maîtrise budgétaire des dépenses d'assurance maladie vers la pression sur les prix et les crédits.

2 - Des limites croissantes

Si les dispositifs de maîtrise conjoncturelle de l'ONDAM apparaissent nécessaires pour respecter l'objectif de dépenses, ils rencontrent plusieurs limites.

La situation financière de certains hôpitaux se dégrade ainsi depuis plusieurs années. Leur résultat global est négatif depuis 2013, leur autofinancement est en baisse (4,61 Md€ en 2011, 3,87 Md€ en 2015), leur dette a augmenté très vite (triplement entre 2003 et 2014, date à laquelle elle dépassait 34 Md€). Sans doute, en 2016, les résultats financiers des centres hospitaliers universitaires (CHU) se redressent-ils. Ils n'en sont pas moins négatifs (-95 M€), et la capacité d'autofinancement comme le volume des investissements continuent de se contracter (1,58 Md€ contre 1,71 Md€ pour ces derniers). Le mouvement de désendettement n'est pour autant pas enclenché[55].

La pression sur les prix s'est traduite par une course aux volumes. Dans le secteur hospitalier, le nombre de séjours a ainsi augmenté de 13,8 % entre 2010 et 2016, alors que dans le même temps la population française n'a progressé que de 2,8 %. Les personnes âgées ayant une plus forte probabilité d'être hospitalisées, la déformation de la structure démographique de la population peut certes contribuer à ce décalage pour une part, que la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques du ministère de la santé (DREES) estime jusqu'à 80 %. Cependant la persistance d'une croissance aussi forte de l'activité, alors

[55] Les résultats provisoires des hôpitaux publics pour 2016 confirment cette tendance : maintien de la situation déficitaire, mais réduction des pertes (295 M€ contre 405 M€).

même que le « virage ambulatoire » supposé réorienter les patients vers la ville est engagé, ne manque pas de poser question.

La Cour a également établi, à partir des comptes nationaux de la santé, que les soins de ville dans leur ensemble[56] avaient progressé de 19,3 % entre 2006 et 2015. Dans certains sous-secteurs, la croissance est encore plus vive, comme dans celui des auxiliaires médicaux (+ 53,8 %) ou des autres biens médicaux[57], dont l'optique (+ 49,2 %). Lorsqu'elle a étudié, en 2013[58] et en 2015[59], ces dépenses, la Cour a montré que l'évolution démographique ou la diversification souhaitable des prises en charge ne pouvait être le facteur explicatif principal. La régulation par les prix peut alimenter un cercle vicieux, quand les augmentations d'activité conduisent, pour tenir les objectifs, à des pressions de plus en plus fortes sur les tarifs et les rémunérations, qui alimentent à leur tour les comportements de rattrapage sur les volumes. Pour autant, aucun mécanisme de rééquilibrage spécifique aux soins de ville n'a été mis en place pour faciliter le respect des objectifs de l'ONDAM, qui repose uniquement sur des dispositifs concernant les établissements de santé et médico-sociaux.

Les modes de régulation de l'ONDAM sont largement aveugles à la situation de l'offre de soins, fortement contrastée sur le territoire : les besoins d'ajustement ne sont donc pas les mêmes dans les « déserts médicaux » des zones rurales peu accessibles ou des banlieues défavorisées, et dans le centre des grandes villes ou sur le littoral.

La gestion par les prix peut poser par ailleurs des problèmes de soutenabilité qui conduisent à des ruptures préjudiciables au respect d'une trajectoire rigoureuse de maîtrise des dépenses : lorsqu'à l'issue de la négociation de la convention médicale de 2016 un relèvement des

[56] Médecins, sages-femmes, auxiliaires médicaux, chirurgiens-dentistes, biologie médicale, cures thermales, autres soins et contrats y compris rémunération sur objectifs de santé publique.

[57] Optique, orthèses et prothèses externes, véhicules pour handicapés physiques, produits d'origine humaine, matériels, aliments et pansements.

[58] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XIV : La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393. La Documentation française, septembre 2013, 631 p ., disponible sur www.ccomptes.fr

[59] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre IX : Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai, p. 301. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

rémunérations a été décidé, le coût de ces mesures, joint à celui de la revalorisation du point de la fonction publique qui pèse sur les comptes des hôpitaux, n'a pas pu être absorbé par les mécanismes de régulation de l'ONDAM et a conduit, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, au relèvement de l'objectif de 1,75 % à 2,1 % déjà mentionné.

D'autres signes d'épuisement des formules utilisées pour contrôler les dépenses sont apparus dans la période récente. Comme la Cour l'a mis en évidence en 2016[60] et 2017[61], l'accumulation de mesures ponctuelles mais de plus en plus importantes, comme les prélèvements sur réserve des établissements publics, voire opportunistes, comme la révision à la baisse du coût de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations des praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés en 2015, ou encore la sortie du périmètre de l'ONDAM d'une partie du coût des médicaments innovants, marquent des évolutions dangereuses, et en affectent la crédibilité.

3 - Élargir la maîtrise des dépenses

Les gains à rechercher à l'avenir doivent aller au-delà des mesures ponctuelles et disparates, qui à la longue finissent par affaiblir la capacité du système de soins à s'adapter, à diffuser le progrès médical et à se réorganiser de façon plus efficace. Il convient de promouvoir des solutions plus ambitieuses que les programmes d'optimisation des achats des hôpitaux ou d'actions de maîtrise médicalisée mis en place ces dernières années.

Pour maintenir la capacité du système de santé à diffuser des soins de qualité à l'ensemble de la population sur tout le territoire, tout en garantissant un équilibre durable des comptes et en faisant face à la pression à la hausse des dépenses du fait du vieillissement et du progrès technique, une démarche de fond s'impose. Elle doit conduire à remettre à

[60] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2016*, Chapitre II : L'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2015 : une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017, p. 71. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[61] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017*, Chapitre II : L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais, en 2017 et au-delà, des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 89. La documentation française, septembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr

plat l'ensemble des dispositifs de contrôle de la dépense, d'organisation de l'assurance maladie et de fonctionnement de la chaîne des soins. Elle doit aussi s'attaquer à la répartition de l'offre de soins sur le territoire, aux modalités de prise en charge des actes et produits médicaux et aux conditions de tarification et de contrôle des volumes des prestations. Elle doit enfin mettre en œuvre une politique de prévention, de régulation et de pilotage du système. L'objectif doit être de puiser dans les considérables gisements d'efficience qu'ils recèlent, tout en organisant leur meilleur fonctionnement.

Les efforts à consentir sont importants et nécessitent une adhésion des professionnels de santé. Ils doivent donc être planifiés et mis en œuvre par étapes. Un ONDAM élargi doit en conséquence être gagé dans la durée par des économies réelles et mesurables. Ce sont ces sources d'économies liées à une meilleure performance globale de l'assurance maladie, puis les moyens d'organiser une maîtrise durable des dépenses, fondée sur des objectifs de santé publique et de qualité de soins, qu'abordent les trois chapitres suivants de ce rapport.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les services précieux que notre système de santé continue d'apporter à la population sont soumis à de fortes pressions, aujourd'hui et plus encore pour les années à venir. Son coût élevé par rapport aux autres pays industrialisés est aggravé, dans un contexte de difficultés durables des finances publiques, par les perspectives d'augmentation soutenue des dépenses de santé à moyen et long terme, portée par les gains d'espérance de vie qu'apporte le progrès technique, par le vieillissement de la population et par la hausse des prix des investissements et des produits médicaux. Ces facteurs sont en outre, dans le cas français, amplifiés par l'insuffisance des efforts de prévention des affections qui dépendent des comportements individuels, dans le cas notamment de l'alcool, du tabagisme ou de l'obésité.

Face aux fortes tensions financières à venir, le système de régulation des dépenses mis en place depuis plus de vingt ans par les lois de financement de la sécurité sociale n'apporte pas de solution à la hauteur des enjeux, en dépit de résultats incontestables mais récents et pour partie, seulement apparents. Disjoint de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie dont l'appréciation est faussée par l'instabilité des règles d'affectation des recettes, il n'a pas empêché que s'accumulent les déficits, au risque que la dette sociale considérable qui en est résultée mette en péril la pérennité et la légitimité d'un système de protection solidaire. Trop

concentré depuis de nombreuses années sur des mesures conjoncturelles, parfois non renouvelables, et sur des pressions sur les prix qui rencontrent leurs limites, il finit par affaiblir la capacité du système de soins à s'adapter et à prévenir les crises sanitaires. C'est au contraire sur la mobilisation des marges d'efficience, d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins au sein de l'assurance maladie que devrait, pour être durable et efficace, reposer son pilotage.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

1. *introduire dans le cadre organique régissant les lois de financement de la sécurité sociale une règle d'équilibre de l'assurance maladie ;*
2. *améliorer la maîtrise annuelle des dépenses de la branche maladie, en instaurant pour les soins de ville une réserve prudentielle permettant de réduire les tarifs ou de suspendre les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel des dépenses (recommandation réitérée).*

Chapitre II

Des politiques de maîtrise de la dépense trop souvent mises en défaut

Dans un contexte où l'exercice médical connaît des évolutions profondes, les nombreux mécanismes expérimentés pour tenter d'améliorer le fonctionnement du système de santé tout en en maîtrisant les coûts, s'ils ont contribué à infléchir le taux de croissance de l'ONDAM, n'ont eu, à la lumière des enquêtes de la Cour, que des résultats modestes, quand ils n'ont pas été mis en échec.

En soins de ville, une énergie considérable a été dépensée pour de maigres résultats. Les nombreuses tentatives de réorganisation se heurtent à l'évolution des modes d'organisation des cabinets médicaux qui privilégient les rendez-vous programmés au détriment des prises en charge des urgences et des déplacements à domicile, et sont pour la plupart inabouties. Les mécanismes conventionnels ont produit peu d'effets probants, quand ils n'ont pas poussé à l'inflation des actes sans encourager la coordination des professionnels de santé autour des parcours de soins des patients. À l'hôpital, c'est le renoncement croissant à des réorganisations pourtant nécessaires qui domine, au profit d'une gestion à très court terme. Le basculement des dépenses vers les assurances complémentaires a longtemps été considéré comme une échappatoire commode.

Sur toutes ces questions, les marges d'économies et de progrès indispensables résident dans les réformes du fonctionnement du système de soins, dans la révision des règles qui président à l'organisation des professions de santé et au cadre des négociations conventionnelles, enfin dans une meilleure articulation entre assurance obligatoire et assurance complémentaire.

I - Un immobilisme persistant dans la rationalisation des soins de ville

A - De multiples tentatives de réorganisation inabouties

Alors que le système de santé français s'est construit autour du traitement des épisodes aigus de la maladie, les modalités de suivi des patients sont aujourd'hui modifiées par l'allongement de la durée de la vie, le développement des maladies chroniques, le maintien à domicile, et par les innovations techniques et thérapeutiques qui contribuent au « virage ambulatoire ». Plus complexes, les parcours de soins doivent prendre en compte la technicité croissante des actes et l'exigence de prise en charge globale des personnes. Ceci implique une coordination accrue entre les secteurs hospitalier, ambulatoire, voire médico-social et social, et entre les professionnels de santé.

Or, malgré les réformes et surtout les expérimentations destinées à faciliter la coordination et la coopération entre les professions de santé, des marges de progrès majeures existent. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. La loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé, territoire » a précisé l'organisation et les missions du premier recours. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé marque une étape supplémentaire en restructurant le premier recours et en reconnaissant un second recours.

1 - Les résultats décevants de la réforme du médecin traitant

Mesure phare de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le parcours de soins coordonné a été mis en œuvre à partir du 1er janvier 2006. Il repose sur la désignation, par tout assuré social de plus de 16 ans, d'un médecin traitant, généraliste ou non, et sa consultation obligatoire avant de recourir à un autre médecin, alors dit consultant, sous peine de pénalisation financière au moment du remboursement[62]. Cependant, contrairement au schéma britannique dont il est inspiré et dans lequel toute personne est tenue de s'inscrire chez un généraliste, qui la

[62] Les consultations des médecins (généralistes et spécialistes) hors parcours de soins ne sont remboursées qu'à 30 % depuis 2010. Si un patient ne déclare pas de médecin traitant, le même taux de majoration du ticket modérateur s'applique.

soigne gratuitement et l'oriente si nécessaire vers un spécialiste ou un hôpital, le système français préserve le libre choix du médecin par le patient et le paiement à l'acte[63] ainsi que l'accès direct à certains spécialistes[64].

L'organisation des soins primaires au Royaume-Uni

Alors que les médecins spécialistes exercent majoritairement comme salariés des hôpitaux, les *General practitioners* assurent l'orientation dans le système de santé de leurs 1 500 patients en moyenne, vers les hôpitaux ou d'autres services de soins pour des traitements urgents ou spécialisés. Depuis avril 2013, ces cabinets de médecine générale doivent se constituer en réseaux de soins (les *clinical commissioning groups*) pour assurer la prise en charge d'environ 226 000 personnes chacun. Ils sont responsables de la planification et de l'achat de la majorité des services de santé dont les urgences, les hospitalisations programmées, la maternité et la santé publique, et de la constitution de parcours de soins.

Cette structuration des soins primaires s'appuie sur des modes de rémunération et de contractualisation mixtes, rendus possibles par l'enregistrement de la population auprès d'un seul médecin généraliste. En particulier, le médecin généraliste est rémunéré à la capitation en fonction des caractéristiques de sa patientèle. Le recours à des infirmiers salariés, qui assurent des missions de promotion de la santé et de suivi des pathologies chroniques, s'en trouve facilité.

Alors que cette réforme ambitieuse visait à inscrire dans une organisation nouvelle l'ensemble des assurés et des médecins et à améliorer l'efficience médicale et économique des prises en charge, ses résultats sont en-deçà des attentes et des enjeux. Les problématiques de tarification et de rémunération ont prévalu sur le contenu médical effectif du parcours de soins et sur la coordination opérationnelle des acteurs.

[63] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome 1., Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, p. 187-218. La Documentation française, février 2013, 657 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[64] Aux termes de l'article 17 de la convention médicale, « les médecins relevant de certaines spécialités (gynécologie médicale et obstétrique, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale et maxillo-faciale, psychiatrie et neuropsychiatrie) et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant, tout en restant dans le parcours de soins, et être rémunérés comme tels ».

En dépit de son extension facultative aux jeunes de moins de 16 ans[65], le rôle pivot du médecin traitant reste limité et fragile. La création, comme en cancérologie, de filières de soins spécialisés n'a pas été sans risque supplémentaire d'affaiblir son positionnement.

La place incertaine du médecin traitant dans la prise en charge du cancer

Les deux premiers plans Cancer partageaient l'objectif de renforcer le rôle du médecin traitant. Si sa place n'est pas discutable au stade du diagnostic, par sa mission de détection des premiers symptômes et d'orientation rapide du patient dans le système de soins, son rôle est, en revanche, plus fragile dans la surveillance dans la phase active de la prise en charge et dans l'après-cancer.

Des évolutions récentes, telles que la publication de recommandations à l'attention des médecins généralistes pour le suivi d'éventuelles complications tardives et pour une approche globale du patient dans l'après-cancer afin de mieux repérer les risques de second cancer, sont cependant prometteuses.

Pourtant, la coordination des soins par le médecin traitant est un levier efficace pour garantir un accès aux soins primaires et aux soins plus spécialisés en fonction du degré de complexité de la situation du patient, et pour éviter les actes redondants. Les outils opérationnels indispensables à une coordination effective comme le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée méritent d'être déployés sans délai, car ils sont garants d'une meilleure information entre professionnels et d'une meilleure qualité de prise en charge.

2 - Les limites de l'approche en parcours ou en filière

Depuis la loi portant réforme de l'assurance maladie de 2004, des initiatives ont été prises pour optimiser les parcours de soins pour des catégories de patients ou pour des pathologies particulièrement significatives. La structuration des soins en filières, visant à organiser les professionnels de santé dans un domaine donné, ou en parcours tendant à définir la trajectoire des soins prodigués au patient pour une pathologie, a été confinée à des dispositifs limités et n'a pu donner que des résultats

[65] Par l'article 76 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

mitigés. *A fortiori* elle est restée impuissante pour la prise en charge des poly-pathologies.

Des filières ont commencé à se constituer autour d'une prise en charge graduée de soins spécialisés au nom d'exigences de qualité et de sécurité. C'est le cas, sous l'impulsion de l'Institut national du cancer (INCa) et des plans Cancer, de la prise en charge du cancer dans les établissements de santé, mais celle-ci peine à s'articuler avec les professionnels libéraux.

La filière visuelle est un exemple réussi de réorganisation des compétences par délégation d'actes pour répondre aux difficultés afférentes à la mauvaise répartition territoriale des professionnels. Alors que la densité en ophtalmologistes en France se situe dans la moyenne européenne, des difficultés financières et géographiques d'accès existent pourtant. Fin 2015, le délai d'attente moyen pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue libéral est de 85 jours, en hausse de 8 jours par rapport à début 2014[66], avec un délai maximal de 168 jours dans le Finistère. Cette situation s'est traduite par un report des patients vers les urgences hospitalières, avec par exemple un nombre de séjours en ophtalmologie pour déchirement de la rétine qui a augmenté de 25 % entre 2009 et 2016.

Face à cette situation et aux perspectives d'augmentation des pathologies oculaires, liées au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques, les pouvoirs publics ont encouragé le droit de prescription des opticiens-lunetiers, l'extension du champ de compétence des orthoptistes[67] et le développement du travail aidé. Ils ont aussi décidé une augmentation du nombre de postes proposés à l'issue des épreuves classantes nationales de 50 % depuis 2010 (de 106 postes en 2010 à 159 en 2015)[68], qui ne tient compte cependant ni

[66] Selon l'étude nationale d'évaluation du délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation en ophtalmologie, réalisée par Yssup Research pour le compte du groupe Pont Vision, auprès de 3 239 ophtalmologistes.

[67] Depuis 2000, les effectifs d'orthoptistes ont augmenté de 3,3 % par an en moyenne, avec une hausse plus marquée pour les orthoptistes salariés (taux de croissance annuel moyen de 8,2 % contre 3,6 % pour les libéraux).

[68] Il s'y ajoute les ophtalmologistes diplômés à l'étranger et autorisés à exercer en France (soit près de 64 personnes par an en moyenne selon les chiffres du Conseil national de l'ordre des médecins) et le cumul emploi-retraite qui s'est développé depuis le déplafonnement autorisé en 2010 (le nombre d'actifs de plus de 65 ans est passé de 122 en 2003 à 237 en 2010 et à 711 en 2015). Selon les projections réalisées par le syndicat national des ophtalmologistes de France en août 2015, la baisse de la démographie devrait être contenue entre 5 et 15 % grâce au cumul des trois mesures.

des compétences élargies consenties aux opticiens-lunetiers et aux orthoptistes ni du dynamisme de leur démographie.

Des délégations d'actes porteuses d'efficience dans la filière visuelle

Fondé sur la complémentarité entre les professionnels de santé de la filière, le plan d'action initié par les pouvoirs publics entend notamment libérer les médecins de la réalisation d'une partie des actes techniques comme la réalisation de bilans visuels et du suivi simple de certains patients par des orthoptistes, ou du renouvellement des verres correcteurs et de lentilles par les opticiens.

Après des protocoles de coopération de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), les missions des orthoptistes ont été élargies par l'article 131 de la loi de modernisation de notre système de santé, prenant acte de l'évolution d'un exercice isolé, centré sur la rééducation visuelle, vers un exercice dans une structure où sont réalisées des pré-consultations, des actes d'exploration de la vision et un suivi post-opératoire. Dans ce cadre, le travail aidé permettrait d'accroître jusqu'à 35 % le nombre de consultations effectuées par un ophtalmologiste, étant précisé que le coût d'un orthoptiste salarié est estimé à 44 500 € par an, hors primes.

En revanche, dans la filière périnatale, malgré l'élargissement progressif des missions des sages-femmes aux termes de plusieurs lois[69], la prise en charge n'a pas été structurée selon une logique graduée de substitution et de complémentarité des différentes catégories de professionnels : gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux et sages-femmes. La bonne articulation des compétences au sein de cette filière aurait pourtant permis d'obtenir rapidement un meilleur suivi des femmes et des parturientes et des économies significatives pour l'assurance maladie[70].

[69] La loi du 9 août 2004 a autorisé, en effet, le suivi d'une patiente – de la déclaration de grossesse à l'examen post-natal sous réserve de l'absence de pathologie, celle de 2009 a introduit le suivi gynécologique de prévention et la prescription de la contraception, et la loi de modernisation de notre système de santé leur reconnaît, sous certaines conditions réglementaires, la possibilité de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse et un droit étendu de prescription et de vaccination.

[70] Une consultation par une sage-femme revient à 23 €, alors que celle d'un gynécologue est de 28 € en secteur 1. Les gynécologues sont 62 % à exercer en secteur 2, avec des taux de dépassement des tarifs opposables de 75 % pour les gynécologues-obstétriciens et de 99 % pour les gynécologues médicaux.

La forme aujourd'hui la plus aboutie des parcours de soins est offerte aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Cette démarche expérimentale, dite Paerpa (parcours santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie), adopte une approche innovante centrée sur les personnes âgées de plus de 75 ans, quels que soient les types de prise en charge et d'hébergement auxquels elles font appel. L'accent est mis sur la structuration du premier recours, le suivi et la gestion des transitions entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, par la mise en place d'une coordination clinique de proximité et d'un plan personnalisé de santé. Sont en particulier attendues une diminution de la consommation de médicaments et une baisse des admissions à l'hôpital, tant en termes de fréquence que de durée moyenne de séjour et de réhospitalisations. Cette démarche suscite cependant de vives réserves de l'Union nationale des professions de santé (UNPS), qui a décidé de ne plus siéger au comité de pilotage depuis février 2016.

3 - Des dispositifs qui peinent à s'articuler entre eux et à sortir du stade de l'expérimentation

Dans son rapport *Charges et produits pour 2014*, la CNAMTS proposait une présentation des modalités d'organisation des soins de ville selon une logique de graduation des prises en charge : d'abord la coordination par le médecin traitant d'un ensemble de professionnels de santé libéraux isolés au cas par cas autour d'un patient, puis la formalisation de ces coopérations à travers des programmes identifiés tels que les services d'accompagnement du retour à domicile de l'assurance maladie (PRADO[71]) ou la démarche Paerpa, ou encore à travers la création de filières de prise en charge ou de réseaux, enfin la constitution d'équipes de professionnels de soins de proximité, allant jusqu'au modèle des maisons ou centres de santé pluri-professionnels. L'analyse des différents dispositifs, de leurs objectifs et de leur mise en œuvre très inégale fait néanmoins ressortir l'absence d'articulation et de vision stratégique d'ensemble.

Ces nombreuses expérimentations mobilisent des ressources importantes de l'assurance maladie : plus de 466 M€, hors réforme du médecin traitant. Elles sont lourdes à mettre en place puisqu'il faut autoriser des dérogations aux règles existantes et qu'il faut mobiliser les

[71] Ces services ont comme objectif de faciliter la transition entre l'hospitalisation et la reprise de la vie sociale et professionnelle du patient, en structurant la prise en charge en ville par des professionnels de santé libéraux.

acteurs sur le terrain. Mal articulées, elles sont souvent redondantes et concurrentes, au pire contradictoires. Elles sont mal évaluées ou le sont parfois après leur extension comme pour Paerpa ou leur généralisation comme pour les nouveaux modes de rémunération ou la télémédecine alors qu'elles devraient l'être systématiquement au bout d'un ou deux ans sur la base d'indicateurs médico-économiques communs, en s'appuyant par exemple sur ceux élaborés pour suivre les projets pilotes Paerpa. Les indicateurs et méthodes d'évaluation divergent entre les expérimentations, ce qui empêche toute comparaison de leur efficacité réelle et de leur contribution à l'efficience du système de santé.

Sur le fondement des évaluations comparées de leur impact, il importe de sortir des expérimentations actuelles pour définir des règles de droit commun et faire évoluer l'organisation du système de santé vers davantage de transversalité, de complémentarité et de coordination, autour d'un objectif d'efficience.

B - Des mécanismes conventionnels peu efficaces et déresponsabilisants

Depuis la loi du 3 juillet 1971, la politique conventionnelle permet de décider des règles applicables à presque tous les professionnels libéraux de santé, en matière d'évaluation de l'intérêt thérapeutique et de tarification des actes, de contrôle des dépenses, de pratiques médicales et d'organisation des soins.

Le dispositif issu de la loi du 13 août 2004 met cependant en évidence une certaine confusion des responsabilités et le bilan qu'on peut tirer de son application est décevant, ce qui pose la question de la révision du cadre même de ces négociations.

1 - Des responsabilités entremêlées

Le cadre des négociations conventionnelles a été profondément redéfini par la loi de 2004. La prérogative de négocier et de signer avec les professions de santé les conventions nationales, leurs avenants et annexes a été confiée à un nouvel établissement public, l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Le conseil de l'UNCAM, émanation des conseils des trois caisses, présidé es-qualité par le président du conseil de la CNAMTS, a un rôle limité au vote des orientations. Son directeur général, également directeur général de la CNAMTS, est chargé de conduire les négociations et de signer l'ensemble des actes conventionnels.

Le Gouvernement ne dispose pour sa part, en théorie, que de pouvoirs limités sur les accords conventionnels. Le coût des mesures négociées n'est plus un motif d'opposition du ministre depuis 2004. L'État n'a également plus la main en cas d'échec des négociations[72]. L'assurance maladie bénéficie donc, selon les textes, d'une forte autonomie dans les négociations conventionnelles.

L'État, qui a la responsabilité du pilotage du système hospitalier, n'a pas pour autant renoncé à peser sur les négociations au-delà du seul cadrage financier des lois de financement de la sécurité sociale qui s'impose à toutes les parties. Il le fait, soit en prenant par la loi des dispositions de circonstance pour que les partenaires conventionnels agissent dans un sens déterminé, soit en fixant des objectifs aux négociations par le moyen des instructions qui sont données au directeur général de la CNAMTS, ou encore en intervenant dans leur déroulement-même.

Le manque de clarté du choix entre l'autonomie complète de la négociation entre l'assurance maladie[73] et les professions de santé qui régit par exemple le système allemand et le dirigisme du pilotage par la dépense qui découle de l'ONDAM expose l'État au risque de devoir intervenir dans des conditions qui brouillent les responsabilités.

2 - Un bilan insatisfaisant

a) De multiples négociations mal articulées entre elles

Certaines des solutions mises en place se sont révélées utiles, comme la procédure d'arbitrage qui permet de trouver une issue qui s'impose à tous lorsque les parties n'ont pas pu se mettre d'accord dans une négociation.

[72] Une ordonnance du 21 avril 1996 avait prévu qu'en l'absence de convention les médecins seraient régis par un règlement conventionnel minimal. Élaboré par le gouvernement et publié par arrêté ministériel, il ne prévoyait pas de revalorisation d'honoraires et réduisait les prises en charge de cotisations sociales par les caisses, permettant ainsi de garantir à la fois l'intérêt des patients et de l'assurance maladie. La loi de 2004 a supprimé ce dispositif et a prévu, pour toutes les professions, une procédure arbitrale.

[73] Dans un cadre qui assure par ailleurs la préservation de son équilibre financier dans la durée.

L'arbitrage dans les négociations conventionnelles

La procédure arbitrale dans la négociation conventionnelle a été mise en place par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Celle-ci dispose qu'un arbitre arrête, en cas de rupture de négociations ou d'opposition à son résultat, « un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé. ». L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et au moins une organisation syndicale représentative ou, à défaut, par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. La procédure arbitrale a été étendue en 2014 aux accords conventionnels interprofessionnels.

Elle a été appliquée pour la première fois aux médecins en mai 2010. Ce premier règlement arbitral comportait des dispositions nouvelles, comme l'augmentation du tarif de la consultation, porté à 23 €, et le développement du tiers-payant obligatoire au profit des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Les nouveaux modes de rémunération des structures de santé pluri-professionnelles doivent également leur existence à l'arbitrage mis en œuvre en en 2015. Ces organismes bénéficient ainsi d'une rémunération spécifique, sous réserve du respect d'engagements dans les domaines de l'accès aux soins, du travail en équipe et de l'utilisation d'un système informationnel partagé.

Le règlement arbitral le plus récent porte sur la réforme des soins dentaires. Négocié par M. Bertrand Fragonard après l'échec des négociations conventionnelles, il a été remis à la ministre de la santé au début du mois de mars et approuvé par arrêté ministériel du 29 mars 2017. Il prévoit notamment sur les quatre prochaines années un plafonnement progressif des tarifs sur les prothèses. Son approbation par la ministre de la santé a été vigoureusement contestée par les organisations syndicales. À la demande du nouveau gouvernement, le Conseil de l'UNCAM a adopté le 20 juillet 2017 les orientations pour la négociation d'une nouvelle convention dentaire, qui s'est ouverte le 15 septembre 2017.

Alors qu'il avait cet objectif, le regroupement des représentations des professionnels dans une Union nationale des professionnels de santé (UNPS) n'a pas réussi à poser les bases d'un dialogue pluri-professionnel efficace avec l'assurance maladie, faute de pouvoirs d'arbitrage internes. Comme l'avait souligné la Cour en 2014[74], il en est résulté une

[74] Cour des comptes, *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2014, 193 p., disponible sur www.ccomptes.fr

sédimentation des avantages accordés et une impossibilité que se développent des approches interprofessionnelles[75], qui sont pourtant aujourd'hui au cœur des réorganisations de l'offre de soins.

b) Des déconvenues qui s'accumulent

Certains progrès ont été enregistrés récemment, en matière de rémunérations notamment, qu'il s'agisse des paiements indépendants du nombre d'actes réalisés mais indexés sur des résultats de santé publique ou des forfaits destinés à financer des structures d'exercice médical. Ces acquis modestes ne mettent que mieux en lumière le manque de résultats sur de nombreux sujets essentiels comme les dépassements tarifaires.

Les résultats modestes et ambigus de la limitation des dépassements tarifaires des médecins

Le secteur optionnel, introduit dans l'accord de 2011, devait inciter à la modération des dépassements pour un nombre réduit de spécialités, mais n'a même pas été mis en place. Les contrats d'accès aux soins, instaurés par l'avenant n° 8 de la convention médicale en 2012, ne concernent que 11 249 praticiens, fin 2015. Leur contribution à la diminution du taux de dépassement moyen, passé de 56 % en 2013 à 53,3 % en 2015, mais sur un nombre accru de praticiens, est peu probant et en tout état de cause coûteuse, comme l'a analysé la Cour[76].

Le contrat d'accès aux soins a été prolongé, dans la convention médicale de 2016, par deux options nouvelles, l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), ouverte à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, qui reconduit les conditions du contrat d'accès aux soins, et l'OPTAM chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) qui, en contrepartie d'engagements sur la part des actes à tarif opposable et sur le taux de dépassement, autorise la majoration de 20 % des forfaits modulables applicables aux actes de chirurgie et d'accouchement.

[75] Deux formules existent pour les conduire, l'accord cadre interprofessionnel (ACIP) et l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), plus souple. Elles n'ont trouvé à s'appliquer chacune qu'une seule fois depuis quinze ans.

[76] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre V : La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213. La Documentation française, septembre 2017, 729 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Certaines réformes prometteuses se sont enlisées. Un projet de classification commune des actes médicaux (CCAM), appuyé sur des travaux techniques préparatoires importants et sur une mobilisation de nombreux acteurs du corps médical, avait pourtant abouti en 2005. En mettant au point une description précise, hiérarchisée et exhaustive de toutes les interventions remboursées dans le champ des actes techniques (8,5 Md€ de prise en charge de la part de l'assurance maladie obligatoire en 2015, contre 21 Md€ pour les dépenses de soins de ville relevant de la classification des actes non techniques), il devait permettre d'en améliorer la lisibilité et la traçabilité. La difficulté à conclure des accords avec les professionnels de santé sur le volet tarifaire de cette classification a toutefois fortement réduit l'intérêt d'une réforme qui aurait pu être structurante.

Si l'évolution vers les tarifs-cibles fixés à l'origine a été parachevée récemment pour les actes « gagnants » (c'est-à-dire les actes qui devaient bénéficier d'une revalorisation par rapport à l'ancien tarif), il n'en a pas été de même des actes « perdants » (c'est-à-dire ceux dont le tarif devait diminuer), en raison de désaccords insurmontables avec les professions concernées. Des surcoûts importants sont ainsi apparus pour l'assurance-maladie. Les marges de manœuvre dont elle dispose pour accueillir, dans la classification, de nouveaux actes innovants mais souvent onéreux s'en trouvent par suite réduites. Lorsqu'il a fallu réviser la CCAM, une procédure trop lourde et une absence de volonté d'actualiser la hiérarchisation des actes et de leurs coûts a de nouveau paralysé l'action de l'assurance maladie. Alors que dix ans de travaux ont été nécessaires pour la mettre en place, la réforme ambitieuse de la CCAM n'a donc pas pu être poursuivie dans la durée.

Dans d'autres cas, les dispositions issues des accords conventionnels ont pu alimenter la dérive des dépenses sans contribuer à la réorganisation des soins. La Cour a ainsi estimé les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels de santé dans le domaine bucco-dentaire[77] comme étant à la fois déséquilibrées, onéreuses pour les financeurs et porteuses de contreparties insuffisantes pour les assurés.

[77] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VI, Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p.245. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Les discussions conventionnelles ont eu parfois pour effet de faire obstacle, pour le cadre national qui est le leur, à l'émergence de dispositifs plus adaptés à la réalité du terrain que les agences régionales de santé (ARS) tentent, en concertation avec les professionnels de santé, de promouvoir dans certains domaines, comme la permanence des soins, ainsi que la Cour l'avait relevé en 2013[78]. Dans le même temps les ARS disposent d'enveloppes globalisées, d'un montant certes limité, qui ont été rendues fongibles au sein d'un « fonds d'intervention régional » (FIR). Entre ces approches contradictoires, l'État ne semble pas vouloir trancher.

3 - Mettre en place un cadre nouveau au service de l'amélioration de l'efficience du système de soins

a) Les limites de l'organisation des relations conventionnelles

La raison essentielle de ces médiocres résultats découle du mécanisme de la négociation conventionnelle, qui requiert par sa nature même, selon des modalités complexes, l'accord des deux parties pour aboutir. Il faut en effet qu'une ou plusieurs organisations reconnues représentatives ayant réuni au niveau national au moins 30 % des suffrages dans les élections aux Unions régionales des professions de santé (URPS)[79] signent le texte, mais un pouvoir d'opposition majoritaire à l'application d'une convention peut s'exercer si deux organisations syndicales représentatives qui ont obtenu ensemble la majorité des votes le décident[80]. Ce dispositif pousse à la multiplication des dispositions connexes et à la complexification toujours plus grande du contenu des accords pour obtenir le consentement de tel ou tel participant à la négociation, sans que la contribution du résultat final à la bonne régulation du système de soins ne soit garantie. Le mouvement centrifuge qui en résulte n'est contraint par aucune limite, puisque la base législative des négociations conventionnelles ne fixe pas à l'avance de façon claire l'objet de la discussion, ni ne l'intègre dans une cohérence d'ensemble destinée à

[78] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XII, La permanence des soins, p.335. La Documentation française, septembre 2014, 673 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[79] Condition qui est triple pour les médecins : les élections aux URPS étant organisées en trois collèges distincts, généralistes, spécialistes et un groupe composé des chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens, la règle des 30 % est appréciée dans chacun des trois collèges.

[80] Pour les médecins, cette majorité doit être réunie dans chacun des trois collèges.

assurer que leur résultat va contribuer à résoudre les principales difficultés auxquelles le système de soins est confronté : organisation, répartition territoriale et qualité de l'offre de soins, modalités et niveau des rémunérations...

b) Refondre le cadre de la négociation

Pour répondre à ces difficultés, le cadre législatif dans lequel les négociations conventionnelles s'inscrivent pourrait être révisé en s'inspirant de l'exemple allemand qui apparaît probant tant du point de vue de l'équilibre des finances publiques qu'au regard de l'engagement conjoint des partenaires contractuels dans la recherche de l'efficience du système de soins.

L'organisation des discussions entre les caisses d'assurance maladie et les médecins en Allemagne et en France

L'agencement en France et en Allemagne des responsabilités de l'État, des caisses d'assurance maladie et des professions de santé, au-delà des similitudes apparentes dans la fixation des paramètres essentiels des rémunérations, de l'organisation des soins ou de la répartition territoriale des professionnels de santé, fait ressortir des différences essentielles[81], notamment dans deux domaines.

Les parties prenantes à la négociation sont, en premier lieu, fortement organisées par la loi en Allemagne. Les deux organismes qu'elle a mis sur pied rassemblent ainsi, de façon obligatoire, toutes les caisses d'assurance maladie pour le premier, tous les médecins pour le second. Les entités ainsi créées ont toute latitude pour négocier et conclure des accords, sans avoir à en référer à leurs mandants ni à se soumettre au contrôle de l'État, sauf sur les questions de régularité. Une procédure d'arbitrage est prévue dans les cas où les discussions n'aboutissent pas.

[81] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XVI. Les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p.589, La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Les domaines sur lesquels les deux partenaires[82] engagent des discussions sont, en second lieu, beaucoup plus encadrés en Allemagne que cela n'est le cas dans notre pays. Chez notre voisin, c'est en effet la loi qui fixe les principes et les mécanismes qui régissent les principaux domaines de la négociation, celle-ci permettant de les appliquer concrètement en déterminant les paramètres ou les éléments précis qui sont nécessaires.

Ainsi, lorsqu'il s'agit des rémunérations, le code social allemand définit à la fois le principe de leur calcul à partir d'une grille de classification des prestations et d'une valeur du point, et leur limitation globale au moyen d'enveloppes régionales qui, si elles sont dépassées, entraînent des réfactions sur les honoraires des praticiens. La négociation se concentre à l'inverse sur la détermination des composantes nécessaires au fonctionnement du système comme les grilles de classification des actes médicaux, et sur les variables permettant de fixer le niveau concret des paiements, comme l'évolution de la valeur du point.

Une répartition analogue des rôles est organisée pour la régulation des installations des médecins, la loi instituant un mécanisme les restreignant dans les zones sur-dotées et la négociation paritaire construisant sur ces bases la planification effective des moyens.

Un encadrement explicite des discussions devrait être ainsi mis en place. Il reviendrait ainsi à la loi de fixer les principes de régulation, les modes de rémunération (à l'acte, à la performance, au forfait par exemple), leurs dispositifs de maîtrise (en transposant par exemple le modèle allemand des enveloppes de rémunération et d'actes), les impératifs de qualité et de formation à prendre en considération, pouvant notamment aller jusqu'à des obligations de recertification périodique des professionnels de santé en lien avec les obligations de formation médicale continue, et les règles de conventionnement qui ne devraient plus être automatiques, mais dépendre des besoins locaux de soins[83]. La négociation entre partenaires sociaux pourrait se concentrer sur la détermination des paramètres de la rémunération, les références de coût et les indicateurs de résultats, en fixant au niveau national des valeurs d'orientation et en laissant au niveau régional des marges d'adaptation ou une certaine latitude pour expérimenter des solutions propres. Une augmentation sensible des moyens du Fonds d'intervention régional, par redéploiement au sein des différents sous-objectifs de l'ONDAM, et son recentrage sur

[82] Cette organisation, qui vaut pour le niveau fédéral, est reproduite dans ses principes dans chacun des Länder.
[83] En amendant l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

l'encouragement des initiatives locales pourraient accompagner cette nouvelle répartition des responsabilités.

Cette façon de procéder ne réduirait qu'en apparence les pouvoirs des partenaires conventionnels : si à une accumulation de dispositifs longuement discutés mais inefficaces se substituent des instruments de régulation pouvant effectivement jouer sur l'équilibre entre offre et demande de soins, l'enjeu des discussions sur les rémunérations peut en effet être transformé. Des marges de discussions plus substantielles apparaîtraient, et les responsabilités des partenaires conventionnels vis-à-vis de l'équilibre de la branche maladie seraient établies avec plus de clarté.

II - Un renoncement croissant à la restructuration de l'hôpital

Si la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, avec en particulier la création des groupements hospitaliers de territoire et l'évolution des outils de planification, constitue une nouvelle étape non négligeable dans la réorganisation hospitalière, après des années d'attentisme des pouvoirs publics, les instruments ne sont pas encore à la hauteur des enjeux.

A - Un mouvement de réorganisation hospitalière en voie de ralentissement

1 - Des surcapacités croissantes

Les dernières projections d'activité hospitalière de la DREES établies dans un scénario à dire d'experts[84] anticipent que les besoins hospitaliers à l'horizon 2030 mesurés en nombre d'équivalents-journées resteraient, malgré le vieillissement de la population, stables par rapport à aujourd'hui (58,9 millions contre 59,4 millions en 2012)[85]. Elles permettent de conclure à une surcapacité en certains endroits du territoire

[84] Les dossiers de la DREES, *Projections d'activité hospitalière à horizon 2030*, n° 18, mai 2017.

[85] Les projections des autres scénarios s'étalent entre 58 millions d'équivalents-journées et 75,1 millions dans un scénario 1 qui ne prend en compte que l'évolution de la population et les modifications de la structure d'âge à l'horizon 2030.

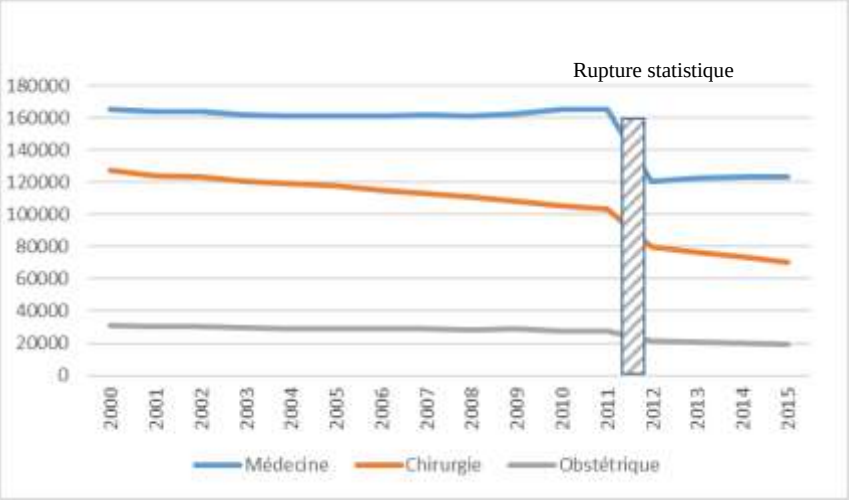
et à une offre globalement excédentaire compte tenu du développement de la prise en charge ambulatoire et du raccourcissement des durées de séjour en hospitalisation complète.

En intégrant les innovations médicales et organisationnelles telles que le développement des prises en charge ambulatoire et de la télémédecine, les besoins sont estimés à l'horizon 2030, selon le scénario central, à 172 410 lits en hospitalisation complète, soit 11 % de moins qu'en 2012 si le taux d'occupation des lits augmentait de quatre points (82 %) ou à 181 250 lits, soit 6 % de moins qu'en 2012 avec un taux d'occupation stable.

2 - Des efforts de restructuration progressivement abandonnés

Malgré des efforts entrepris, en particulier depuis la création des schémas régionaux de l'organisation sanitaire en 1991, la réduction lente des capacités et du nombre de structures est loin d'être à la hauteur des enjeux. La diminution du nombre de lits à l'hôpital a été particulièrement sensible entre 1980 et 2000 (-30 % en médecine, chirurgie et obstétrique, -50 % en psychiatrie, et -5 % en SSR). Ce mouvement s'est depuis lors ralenti pour atteindre 193 869 lits en 2015, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 7 : évolution du nombre de lits de 2000 à 2015



Source : Données SAE.

De plus cette réduction capacitaire n'a pas entraîné d'augmentation équivalente des taux d'occupation des lits. Ceux-ci sont restés stables autour de 76 % en 2014 avec de fortes disparités régionales, et demeurent inférieurs à la moyenne de l'OCDE (80 %).

Le mouvement de restructuration des établissements de santé repose sur trois leviers principaux - la planification, la norme et le financement -, qui se sont progressivement affaiblis.

Ces vingt dernières années ont d'abord été marquées par un glissement progressif d'une planification opposable vers une planification plus indicative et par une perte de précision dans la description des opérations de restructuration à mener[86]. Depuis 1991, quatre schémas régionaux d'organisation sanitaire, puis d'organisation des soins se sont succédé[87]. En pratique, dès la deuxième génération de schémas régionaux, la force contraignante liée à l'opposabilité de cette planification des restructurations a été affaiblie, puis supprimée en 2012. De même, les objectifs quantitatifs de l'offre de soins, qui contribuaient à encadrer l'évolution du nombre de séjours dans les établissements, ont disparu.

Les seuils en matière d'activité et d'obligations à respecter en termes de personnels ou d'équipements constituent également un levier important de recomposition de l'offre hospitalière, établis en vue de garantir la sécurité des soins.

Dans le cas des maternités, la carte hospitalière a été profondément restructurée, avec une réduction importante du nombre d'établissements (de 1 747 maternités en 1972 à 506 en 2015) et une croissance de leur taille, sans que les difficultés d'accès aux soins aient significativement augmenté, après la publication des décrets du 9 octobre 1998. Ce mouvement n'est cependant toujours pas achevé, d'autant que comme le soulignait la Cour en 2015[88], les parturientes ont eu tendance à s'orienter vers les maternités de niveau III, pourtant en principe réservées aux cas difficiles, ce qui constitue un recours coûteux à des plateaux techniques très spécialisés pour des grossesses physiologiques et présente un risque d'éviction pour des grossesses pathologiques.

[86] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, Chapitre V, Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant. La Documentation française, janvier 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[87] SROS I 1994-1999; SROS II 1999-2004 ; SROS III 2006-2011; SROS-PRS 2012-2017.

[88] Cour des comptes, *Les maternités*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, janvier 2016, 117 p., disponible sur www.ccomptes.fr

L'édiction de normes a aussi eu un effet certain en cancérologie, mais moindre en chirurgie, les pouvoirs publics ayant abandonné en 2010 cet instrument réglementaire pour l'ensemble de l'activité chirurgicale, en le limitant à quelques segments d'activités d'importance réduite. À cet égard les cliniques privées ont utilisé le virage ambulatoire pour gagner en efficience : le nombre de séjours en hospitalisation complète y a reculé de 20,1 % entre 2008 et 2015, avec une diminution notable des capacités de 2,2 % en moyenne annuelle (contre -1,4 % pour les établissements publics). La part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale totale atteint 56 % en 2015 et représente 25 % des capacités en chirurgie des cliniques contre 13 % dans les établissements publics.

Le « virage ambulatoire » prôné depuis quelques années est donc une nécessité pour recentrer l'hôpital sur les soins aigus exigeant des plateaux techniques lourds. Ceci suppose d'améliorer l'organisation des établissements de santé mais aussi et surtout des professionnels de santé libéraux. À défaut, les prises en charge en aval des hospitalisations peuvent se révéler très coûteuses et inadaptées aux besoins des patients, comme l'a montré la Cour sur l'hospitalisation à domicile[89] : en 2014, ce mode d'hospitalisation représentait moins de 1 % du total des hospitalisations pour une part dans les coûts globaux de 1,7 %. Avec 15 200 places et 174 000 séjours pour 4,6 millions de journées réalisées dans les 314 structures d'hospitalisation à domicile, ce mode de prise en charge poursuit son développement, à un rythme faible (+ 3 %/an) au regard des besoins.

3 - Mieux organiser l'activité hospitalière

Au regard des marges de progression existantes et des projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030, il convient de restructurer l'offre hospitalière pour mettre en place dans les territoires une organisation des soins graduée, adaptée aux besoins de la population et optimisée dans ses coûts. Les départs massifs à la retraite - environ 30 000 par an pour les prochaines années au sein de la fonction publique hospitalière -, le développement de la télémédecine, la création des groupements hospitaliers de territoire qui constituent une innovation importante, porteuse potentiellement d'efficience des hôpitaux publics, tant sur le plan

[89] Cour des comptes, *L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes*, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, décembre 2015, 73 p., disponible sur www.ccomptes.fr

médical que sur celui de la gestion, et l'élaboration des nouveaux projets régionaux de santé[90] constituent autant d'opportunités à saisir.

Pour y parvenir, il est nécessaire de renforcer les moyens d'action des ARS qui se sont affaiblis ou n'ont pas été utilisés à hauteur de ce qui serait nécessaire comme l'a montré la Cour[91]. La planification des soins, qui souffre de l'absence de chiffrage et de précision dans ses objectifs, doit être renforcée, en lui fixant des cibles explicites et chiffrées sur la base d'une réflexion nationale sur l'adaptation des moyens aux besoins de soins. Elle pourra donc être plus exigeante en Provence-Alpes-Côte d'Azur dans les secteurs où l'offre de soins est abondante que dans le Grand Est où elle est plus rare. Le régime des autorisations doit être revu et renforcé pour devenir un outil au service de la recomposition de l'offre hospitalière.

Les normes de fonctionnement et seuils d'activité doivent s'inscrire plus clairement dans une logique de concentration et de graduation de l'offre de soins en fonction de l'état de santé et des besoins des patients de manière à mieux garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. Dans le cas particulier de la chirurgie, comme l'a recommandé la Cour, un seuil d'activité par site géographique d'établissement de santé, qui est le niveau de concentration du plateau technique, devrait être fixé réglementairement par le ministère de la santé. Ce seuil d'activité par site, exprimé en nombre de séjours, pourrait être complété par un seuil d'activité – dans un premier temps indicatif- par chirurgien, apprécié quel que soit le lieu de l'intervention chirurgicale, qui serait défini par les sociétés savantes dans le cadre de leurs conseils nationaux professionnels. Sous l'hypothèse d'un seuil à 1 500 séjours chirurgicaux, envisagé par les pouvoirs publics en 2010, 148 blocs seraient fermés, ce qui, en outre, amènerait certaines économies de de fonctionnement.

B - Une articulation défectueuse avec la médecine de ville

La coupure entre les secteurs de la ville et de l'hôpital est l'une des principales caractéristiques de l'organisation française. Le manque de communication, entre eux, sans même parler de l'absence de coordination, est préjudiciable au patient, dont la prise en charge est susceptible de souffrir de solutions de continuité ou de choix qui ne sont pas optimaux.

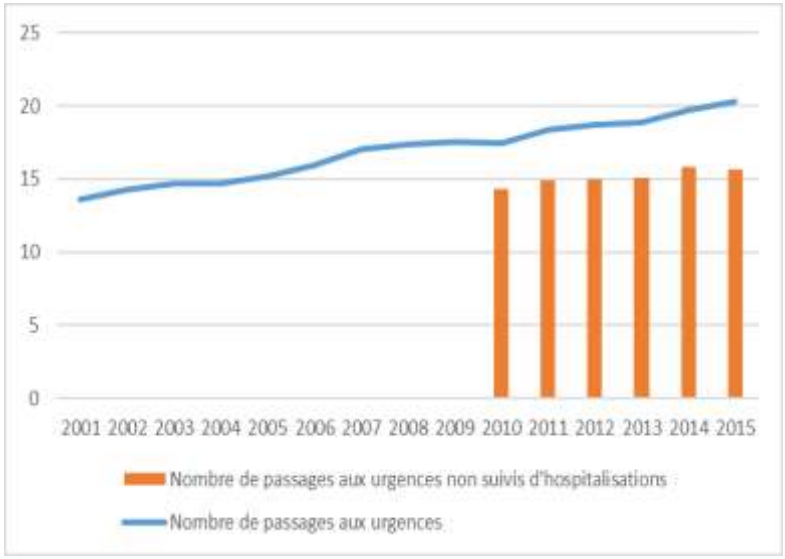
[90] Dans un cadre renouvelé conformément à l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé et au décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé.
[91] *Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant*, op.cit.

Le fonctionnement séquentiel du système de soins est aussi coûteux pour l'assurance maladie, ne serait-ce que par les redondances qu'il peut occasionner dans les examens médicaux.

1 - Un afflux croissant aux urgences, symptôme central de la mauvaise organisation des soins

Avec 20,3 millions de passages en 2015, la fréquentation des urgences a augmenté dans des proportions considérables. Elle a doublé entre 1990 et 2001 et a progressé encore de plus de 41 % depuis lors. Le nombre des passages non suivis d'hospitalisation, qui peuvent indiquer que le recours à la médecine de ville aurait suffi à traiter le cas, augmente encore plus rapidement. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent en particulier 43 % des hospitalisations évitables selon la CNAMTS, alors que la multiplication des passages à l'hôpital est préjudiciable à leur santé.

Graphique n° 8 : nombre de passages aux urgences depuis 2001, en millions



Source : données DREES pour la période 2001-2013 sur le nombre de passages aux urgences, PMSI.

Selon l'OCDE[92], cette augmentation du recours aux urgences s'explique généralement par la précarité des populations prises en charge et par une évolution des habitudes de consommation de soins, avec une offre globale proposée par les urgences. En France, cette situation résulte pour partie des faiblesses d'organisation des soins de ville et de la mauvaise articulation des deux secteurs[93].

En ambulatoire, l'insuffisante disponibilité des médecins, en particulier tôt le matin ou en soirée, ou pour des rendez-vous non programmés et les délais d'obtention y afférents, ainsi que la réduction des gardes et des déplacements à domicile, expliquent le report vers l'hôpital, ce que souligne aussi la commission des affaires sociales du Sénat[94].

De plus, les urgences sont devenues un moyen à la disposition des hôpitaux pour alimenter leur activité, et constituent en elles-mêmes, du fait même des règles de la tarification hospitalière, une activité très incitative, surtout lorsque les soins apportés sont, comme c'est souvent le cas, peu spécialisés. Le modèle actuel de financement des urgences, qui combine un forfait annuel destiné à financer les charges plus ou moins fixes et une part variable correspondant à l'activité mesurée à partir du nombre de passages, est, en revanche, à l'origine d'une sous-rémunération de la prise en charge des cas les plus lourds. Dès lors, une modulation de la part variable en fonction de la nature de l'activité et de la sévérité de la pathologie serait de nature à favoriser la poursuite des réorganisations territoriales et des efforts de coordination entre la ville et l'hôpital.

La présence croissante, à l'entrée des services d'urgence, des infirmières d'accueil et d'orientation et depuis peu, de médecins qui remplissent la même fonction, constitue un progrès, même si elle fait dépendre de l'hôpital l'aiguillage des patients et n'a pas eu pour effet d'inverser la courbe de fréquentation. L'accès aux rares maisons médicales de garde continue à se faire seulement après régulation. La coordination entre les urgences hospitalières et les structures de soins accueillant des patients sans rendez-vous, qui s'avère cruciale, devrait s'appuyer sur des structures intermédiaires chargées d'assurer le tri des patients et organisées sous l'égide des ARS. Alors que « l'afflux dans les services d'urgence ne

[92] Emergency Care Service, août 2015, OCDE.

[93] Selon la CNAMTS, l'essentiel de la croissance des passages aux urgences entre 2010 et 2015 (20,5 %) est dû à un effet taux de recours (16,6 %), alors que le vieillissement de la population ne l'explique que pour 3,2 %.

[94] COHEN, Laurence, GÉNISSON, Catherine et SAVARY, René-Paul, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur les urgences hospitalières*, juillet 2017.

cesse de croître pour des motifs qui ne le justifient pas[95] », estimés par l'OCDE entre 15 et 56 % du total, la Cour a cherché à apprécier les coûts générés par des passages aux urgences évitables en l'absence d'expertise approfondie récente sur leur pertinence médicale. Les montants financiers en jeu ainsi approchés sont compris entre 654 M€[96] et 1,2 Md€[97] en 2015 en termes de dépenses hospitalières, à comparer à un coût de la prise en charge par des professionnels libéraux compris entre 434 M€ et 800,7 M€[98].

2 - Des tentatives insuffisantes de réorganisation

Les quelques tentatives faites pour mieux articuler les deux secteurs, avec notamment des initiatives locales et l'instauration d'une lettre de liaison entre l'hôpital et le médecin traitant, les majorations tarifaires conventionnelles et les programmes de retour à domicile après hospitalisation de l'assurance maladie, pour positives qu'elles soient, ne peuvent être considérées comme suffisantes.

Ainsi, la dernière convention médicale de 2016 a mis l'accent sur le rôle central du médecin traitant, en introduisant des majorations tarifaires pour des consultations en urgence par le médecin traitant[99] ou par un spécialiste (15 €). La création d'une téléconsultation par un médecin généraliste pour les personnes âgées résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est séduisante du point de vue de l'efficience, à condition que la valorisation de cet acte

[95] Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence, juillet 2015, Dr Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Nord Pas de Calais.

[96] Estimation basse obtenue en appliquant au nombre de passages aux urgences enregistrés en 2015 le pourcentage de recours pertinent issu de l'enquête nationale sur les urgences de la DREES, multiplié par le coût moyen d'un passage non suivi d'hospitalisation. Selon cette enquête, sur les 52 018 passages aux urgences enregistrés le 11 juin 2013, seuls 46,6 % étaient médicalement justifiés.

[97] Estimation haute obtenue par la multiplication du coût d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation (78 € en moyenne selon l'ATIH, hors forfait annuel et frais de transport sanitaire) par le nombre de passages sans hospitalisation, enregistrés en 2015.

[98] Nombre de passages non suivis d'hospitalisation, multiplié par le coût d'une consultation chez le médecin généraliste avec une moyenne des majorations pour urgence (acte de nuit à 35 € et urgence à 22,6 €) pour la fourchette haute et nombre d'hospitalisations non pertinentes estimé à partir de l'enquête de la DREES de 2013 pour la fourchette basse.

[99] 5 € pour l'adressage à un médecin correspondant et 15 € pour une prise en charge à la demande du centre de régulation des urgences.

soit proportionnée aux économies attendues et au service rendu aux patients.

Ces avancées tarifaires ne doivent pas occulter la nécessité de renforcer la permanence des soins ambulatoires, de plus en plus fragilisée par l'insuffisance des médecins y participant, puisqu'elle ne constitue plus depuis 2003 une obligation déontologique pour eux, et de développer des modes d'accès aux soins de ville non programmés, en encourageant par exemple le développement des maisons médicales de garde, structures libérales permettant de délivrer des soins à des horaires élargis, et en les associant plus étroitement aux hôpitaux, y compris par leur proximité géographique. D'autres initiatives, encore expérimentales et de portée très limitée, sont également à mentionner comme l'hébergement temporaire en EHPAD proposé à leur sortie d'hospitalisation aux personnes âgées de plus de 75 ans qui ont un projet de retour à domicile et une situation médicale stabilisée.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a mis en place des instruments utiles de réorganisation et de restructuration de l'offre pour faciliter au quotidien les parcours de santé et promouvoir les soins primaires. Cette nouvelle organisation s'appuie, en ville, sur les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé et, à l'hôpital, sur les groupements hospitaliers de territoire. Si ces derniers ont connu un début de mise en place rapide puisque les 135 groupements, qui couvrent la totalité du pays, sont déjà constitués, la structuration des soins primaires en ville est beaucoup plus lente. Les deux logiques territoriales à l'œuvre peinent à s'articuler, dans leur rythme de mise en œuvre comme aussi dans la concordance de leurs périmètres.

Une meilleure articulation des soins de ville et des soins hospitaliers est donc nécessaire. Jusqu'à 2 Md€ d'économies par réduction des durées moyennes de séjour pourraient ainsi être obtenus grâce aux programmes de retour à domicile de l'assurance maladie en chirurgie[100].

[100] Sous l'hypothèse de 500 000 patients chirurgicaux inclus (alors qu'il y en avait 7 300 en 2014 avant généralisation) avec une application des économies moyennes obtenues par rapport à une prise en charge en SSR pour les patients en orthopédie (prothèse de hanche et de genou). Il s'agit ainsi d'une estimation haute.

III - Une érosion de la couverture par l'assurance maladie obligatoire

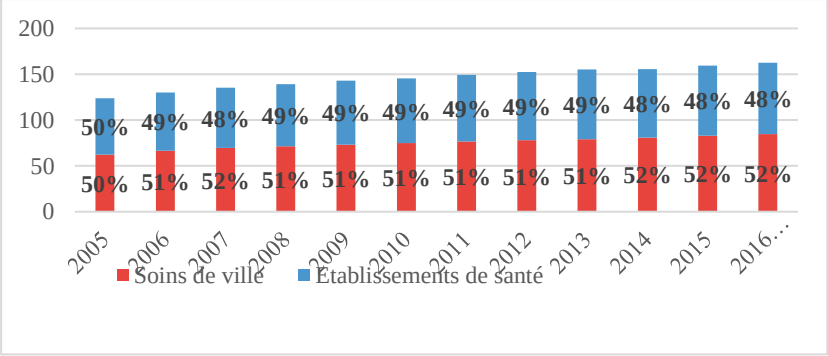
Les faibles résultats obtenus par les tentatives de faire mieux progresser l'efficience des soins ont été trop limités pour enrayer une augmentation continue des dépenses qui a longtemps été traitée par un transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires. Cette politique n'a pas eu, en définitive, les effets escomptés, mais a contribué à brouiller l'articulation entre les deux types de couverture, à réduire significativement, dans certains secteurs, la portée des politiques de gestion des risques, à multiplier les coûts de gestion et à banaliser les dépassements d'honoraires.

A - Le basculement vers l'assurance maladie complémentaire, une solution de facilité

1 - Des dépenses non maîtrisées

La France a maintenu depuis 15 ans un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire de base (76,8 % en moyenne en 2015), alors même que les dépenses en ville comme à l'hôpital n'ont cessé d'augmenter.

Graphique n° 9 : évolution des dépenses d'assurance maladie par secteur depuis 2005 (en milliards d'euros)



Source : Cour des comptes, d'après données de la Commission des comptes de la sécurité sociale

Les dépenses en soins de ville ont augmenté de 33,6 % selon un taux de croissance annuel moyen de 2,8 %, pour atteindre 83,1 Md€ en 2015. Même si les dépenses des établissements de santé ont enregistré une croissance moins dynamique que celles des soins de ville (+ 2,1 %) et si leur part relative dans les dépenses prises en charge par l'assurance maladie a diminué, l'ONDAM hospitalier peine à ralentir son taux de progression. La croissance tendancielle des dépenses hospitalières est entretenue par le fort dynamisme du volume d'actes et de consultations externes ainsi que par la progression rapide de la « liste en sus[101] », en particulier sous l'effet des nouveaux traitements pour l'hépatite C et des nouveaux traitements anti-cancéreux.

2 - Des évolutions contradictoires des dépenses d'assurance maladie obligatoire

a) La diminution des taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Une méthode utilisée depuis longtemps pour contenir les dépenses de l'assurance maladie obligatoire consiste dans la diminution des taux de prise en charge. La Cour a montré en 2016[102] comment les déremboursements, les tickets modérateurs et d'autres formes de participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé se sont développés.

Cette diminution des taux de prise en charge est particulièrement sensible pour les produits de santé, où si l'on excepte certaines spécialités pharmaceutiques prises en charge à 100 %, les taux de remboursement peuvent être nuls, de 15 %, de 30 % ou de 65 % suivant le niveau estimé du service médical rendu, dont il faut retrancher les tickets modérateurs à hauteur de 0,5 € par boîte de médicament. Les analyses médicales ne sont prises en charge qu'à 60 %. Pour ce qui concerne l'hospitalisation, les

[101] Ce dispositif dérogatoire (article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale) permet de garantir le financement des produits innovants et de prendre en compte des profils de pathologie atypiques au regard de la classification en groupes homogènes de malades (GHM) en autorisant la facturation des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables en sus des prestations d'hospitalisation et donc des tarifs de séjours.

[102] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre IV, La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé, une charge croissante, une protection maladie à redéfinir, p. 153. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

tickets modérateurs sont plus faibles, mais atteignent 20 % pour les frais d'hospitalisation, y compris honoraires et analyses médicales. À l'hôpital, les participations des patients sont, en outre, calculées sur la base d'assiettes tarifaires très hétérogènes, à types de soins identiques, entre les établissements[103]. Elles s'ajoutent au forfait journalier à la charge des patients, qui a été porté à 18 € en 2010 et sera relevé, selon les dispositions annoncées par le Gouvernement, à 20 € en 2018.

La Cour a calculé que l'ensemble de ces mesures équivalait, entre 2003 et 2011, date à laquelle cette politique de transfert de charges a perdu en intensité, à une réduction globale de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de 2,5 points de la consommation de biens et de services médicaux. Les nouvelles participations des ménages sur les consultations, les actes médicaux, les médicaments, les séjours et les actes hospitaliers, représentent ainsi près de 3 Md€ par an. Les baisses de remboursement des médicaments se montent à près d'un milliard d'euros par an[104].

b) L'augmentation des dépenses liées aux affections de longue durée

Les mesures de baisse des remboursements n'ont eu qu'une efficacité limitée sur le niveau des dépenses, car dans le même temps, celles afférentes aux affections de longue durée (ALD), qui sont, au contraire de la plupart des autres soins, remboursées à 100 %, se sont rapidement développées.

Les charges supplémentaires liées à ce dispositif, qui se caractérise par une exonération spécifique des tickets modérateurs et des franchises, sont ainsi passées, d'après les estimations de la Cour, de 4,5 Md€ en 1998 à 13 Md€ en 2014. La progression de la proportion d'assurés en ALD, jointe à celle du coût de leur prise en charge, aurait ainsi abouti à un accroissement d'environ 6,5 Md€ de la part relative de la CSBM financée par l'assurance maladie, soit 3,5 points de CSBM.

L'augmentation de ces dépenses a fortement contribué au gonflement des charges de la branche maladie. Celles-ci sont passées, malgré les mesures de déremboursement et les franchises, de 173,6 Md€ à 201,1 Md€ en euros courants entre 2009 et 2016, soit une hausse de 2,1 % par an. La part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance

[103] La Cour avait mis en lumière, en 2016, certains écarts allant de 1 à 10.

[104] Ces baisses de remboursement recouvrent également des déremboursements de molécules dont le service médical rendu est insuffisant.

obligatoire est restée, à quelques variations près, stable depuis 1998. Depuis 2011, en raison du moindre effet des mesures de déremboursement ou de franchise, elle a eu même tendance à augmenter, gagnant un point en quatre ans, à 76,8 %.

Ainsi, alors que les maladies chroniques sont identifiées comme l'un des principaux déterminants des dépenses pour les vingt ans à venir, la concentration des remboursements sur les ALD, résultant conjointement de leur taux de prise en charge dérogatoire à 100 % et de la multiplication des franchises sur le reste des soins, obère les marges de manœuvre de l'assurance maladie sur d'autres champs, notamment pour développer la prévention.

3 - Le développement des assurances complémentaires

La politique de transferts des risques vers l'assurance complémentaire n'a pas réussi à stabiliser les dépenses d'assurance maladie, mais a favorisé le développement du secteur de couverture privée du risque maladie le plus important en Europe.

Les assurances complémentaires ont été, dans un premier temps, encouragées à intervenir en substitution à l'assurance maladie obligatoire dont les prises en charge se réduisaient. Les incitations à la couverture complémentaire ont été centrées sur les aides aux contrats collectifs d'assurance complémentaire santé plutôt que sur les assurés individuels, au prix d'une dépense pour les finances publiques que la Cour a évaluée à 3,6 Md€ en 2016[105].

La loi du 14 juin 2014 de sécurisation de l'emploi, qui a généralisé, au 1er janvier 2016, la complémentaire santé à l'ensemble des salariés, crée un nouveau dispositif qui se superpose aux précédents et qui va en majorer le coût pour les finances publiques. Cette réforme devrait cependant avoir pour effet d'améliorer encore le taux de couverture par ce type d'assurance, qui atteignait 95 % en 2012 contre 84 % en 1998[106], et le niveau moyen des garanties. La part des organismes complémentaires dans le financement

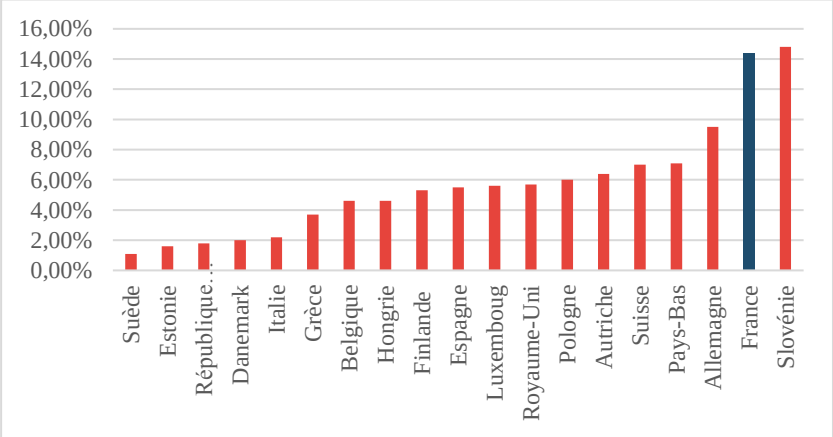
[105] 0,6 Md€ pour les assurés individuels, 3 Md€ pour les contrats collectifs. Ce dernier calcul résulte de l'addition de l'exemption de cotisations sociales pour la part financée par l'employeur et de la déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour la part prélevée sur le salaire brut. Si l'on dresse un bilan exhaustif des relations financières entre l'État et les AMC, il faut toutefois, dans la balance des relations financières avec l'État, retrancher de ces soutiens aux contrats individuels et collectifs le produit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

[106] Suivant des enquêtes réalisées par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES).

des dépenses de santé laissées à la charge des ménages par l'assurance maladie obligatoire est, en conséquence de ces évolutions, passée de 56 % à plus de 61 % entre 1998 et 2015.

Cette dynamique a pour effet de placer la France au premier rang des grands pays européens pour la part des dépenses de santé financée par les assureurs complémentaires, alors même que dans certains d'entre eux, comme l'Allemagne, les assurances privées prennent en charge, pour certaines catégories de la population, toute la couverture de base.

Graphique n° 10 : part des assureurs privés dans le financement des dépenses totales de santé dans les pays européens, en 2014 ou 2015



Source : OCDE et Cour des comptes.

B - Une articulation insatisfaisante entre les dispositifs de couverture

Ces évolutions rendent aujourd'hui particulièrement complexes et difficiles à comprendre pour les assurés les conditions de prise en charge des dépenses de santé. Elles entravent, en outre, les politiques de gestion du risque et conduisent à leur mauvaise mutualisation.

1 - Un paysage complexe, peu lisible et inégalitaire

La complexité tient à deux motifs principaux.

D'une part, deux types de solidarité se superposent désormais. L'un, organisé par l'assurance de base, mutualise l'ensemble des risques de santé

des Français et les finance en majeure partie par les prélèvements obligatoires ; l'autre, découlant des pratiques des assurances complémentaires, couvre des risques précis et, malgré certaines restrictions apportées par la loi, les tarifie en fonction des garanties offertes.

D'autre part, la configuration des règles de remboursement de l'assurance obligatoire est devenue très complexe et peu lisible pour le patient. Six taux de ticket modérateur s'appliquent, en effet, en fonction de la nature des dépenses. Il existe, en outre, plus d'une quarantaine de cas d'exonération sur les diverses formes de participation des assurés aux coûts des prestations. De nombreux forfaits, participations forfaitaires, franchises se sont ajoutés à un édifice déjà composite. Dans certains domaines, les assurances complémentaires sont dominantes, dans d'autres au contraire, les régimes de base représentent une part significative des dépenses.

Dans le secteur de l'optique par exemple, la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale et par l'État n'était en 2011 que de 5 %, alors que les assurances complémentaires en couvraient 68,4 %, les ménages assumant le solde de 26,6 %. La situation du secteur des audioprothèses n'est guère différente. Le reste à charge sur ces appareils était en moyenne de 91 % après l'assurance maladie (AMO), l'assurance complémentaire (AMC) intervenant, selon le type d'équipement, à un niveau situé entre 54 % et 59 %. Pour les soins bucco-dentaires, l'assurance obligatoire prend en charge 33 % des frais encourus par les ménages, les complémentaires en réglant un peu moins de 40 %.

Cet enchevêtrement aboutit à des conditions de prise en charge inégalitaires entre assurés, même après intervention de l'assurance complémentaire. La Cour a ainsi relevé en 2016 que les 5 % des assurés ayant le reste à charge annuel le plus élevé devaient régler sur leurs propres deniers plus de 1 300 € en moyenne[107].

[107] D'autant que, comme le montre une étude du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie datant de 2013, même pour les patients en ALD, en principe bénéficiaires du système, les restes à charge peuvent être très élevés, notamment en cas d'hospitalisation. En effet, les forfaits hospitaliers et les dépassements tarifaires en clinique ou les dépassements d'honoraires en ville ne sont pas couverts par le dispositif d'exonération. De plus, certains biens et services non pris en charge peuvent se révéler nécessaires (compléments multivitaminés pour les patients atteints de mucoviscidose par exemple). Le ministère de la santé a estimé (*Les dépenses de santé en 2014*, édition 2015) que les restes à charge annuels après AMO pour le vingtile des patients en ALD en supportant le plus atteignaient 277 € pour les soins de ville et 435 € pour les soins hospitaliers.

La concentration progressive des remboursements sur une petite fraction des assurés, les patients en ALD pour une large part, et le transfert corrélatif d'une grande partie des autres risques vers des assurances complémentaires contraignent les assurés, en dépit des aides publiques, à en financer une part essentielle par leurs cotisations ; ces dernières s'ajoutent à celles dont ils sont toujours redevables au titre de l'assurance maladie obligatoire, ce qui fait naître des interrogations croissantes sur l'équité, voire la légitimité, d'une telle organisation.

2 - Une politique de gestion du risque entravée dans des domaines importants

Les dispositifs mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour structurer dans des organisations transversales la multiplicité des intervenants, tant du côté des régimes de base que des assurances complémentaires, n'ont pas eu le succès escompté.

Le collège des directeurs de l'UNCAM arrête les mandats de négociation de son directeur général, qui est le directeur général de la CNAMTS, mais pourrait s'impliquer davantage dans la surveillance des négociations. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM), conçue pour être un partenaire à part entière, pèse en réalité d'un poids limité. Contrainte sur tous les sujets à rechercher un consensus entre les trois familles (mutuelles du code de la mutualité, assureurs, institutions de prévoyance), ou du moins une absence d'opposition de ses mandants qui ont souvent des intérêts divergents, elle peine à prendre des engagements. L'incapacité des complémentaires à construire des bases de données communes et des systèmes d'information interopérables obère leur aptitude à partager la connaissance des risques qu'elles couvrent et donc à les maîtriser. L'absence d'accès aux données de remboursement de la CNAMTS, qui permettent d'acquérir une vision fine et en partie médicalisée de celles-ci, empêche de surcroît l'émergence d'un outil commun d'évaluation et d'action sur les dépenses à la disposition des organismes de base et des organismes complémentaires[108].

Il n'est guère surprenant dans ces conditions que la politique de gestion du risque menée par la CNAMTS, c'est-à-dire de réduction des coûts des pathologies par la recherche des modalités de traitement les plus efficaces et les moins onéreuses, puis par leur promotion ou leur

[108] La récente création du système national des données de santé et de l'Institut national des données de santé par la loi de modernisation de notre système de santé pourra peut-être faire évoluer cette situation.

encouragement financier auprès des professionnels de santé, ne soit pas relayée par les assurances complémentaires.

Dans les domaines de l'optique, des prothèses auditives ou des soins bucco-dentaires, où l'assurance obligatoire intervient peu, les conséquences de cet état de fait, jointes aux lacunes de la couverture des ménages, se font sentir : les dépenses croissent alors que les résultats en termes de santé publique sont médiocres. La Cour a ainsi mis en évidence en 2016[109] que la dépense bucco-dentaire avait augmenté de 2 % par an en moyenne entre 2006 et 2014, sans que l'efficience de la dépense, qui peut être appréciée en rapprochant l'indice CAO[110] et la part du PIB consacrée aux dépenses dentaires, s'en trouve améliorée : la France consacre 0,45 % de son PIB aux soins dentaires pour un indice CAO de 1,2 ; avec une dépense du même ordre (0,5 % du PIB), le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont des indices bien meilleurs (respectivement, 0,7 et 0,9).Dans le même temps la situation sanitaire apparait préoccupante (proportion de dents naturelles, fréquence et nature des consultations, indicateur de dents cariées).

3 - Une mutualisation défectueuse et un cumul des coûts de gestion

La coexistence de deux systèmes différents pour assurer les mêmes risques conduit en premier lieu à une mauvaise mutualisation entre malades et bien portants. L'effort financier des assurés, qui dépend de la tarification des contrats complémentaires et surtout de l'accès aux contrats collectifs d'entreprise, qui sont les plus subventionnés et les plus avantageux, est ainsi inégal selon leur situation face à l'emploi. Comme la Cour l'a montré, la charge supportée par les ménages croît en outre fortement avec l'âge et le risque de maladie : les plus de 75 ans ont un total de cotisations, primes et restes à charge de 6,7 % de leur revenu disponible, soit près du double du chiffre correspondant aux 26-45 ans, qui est de 3,5 %[111].

[109] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre VI, Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p.205. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[110] L'indice CAO (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) est utilisé par l'OMS et l'OCDE pour mesurer le niveau d'atteinte carieuse de la population.

[111] Ces données sont issues des résultats d'un modèle. Ils ont été publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2012.

En second lieu, les dépenses de fonctionnement des deux assurances s'additionnent pour la gestion des mêmes aléas. Les 6,4 Md€ dépensés par les assurances complémentaires (sur 13 % de la dépense) s'ajoutent en effet aux 6,5 Md€ engagés par les régimes de base (sur 78 % de la dépense)[112].

L'actuelle mixité de la couverture maladie, partagée entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, pose ainsi des questions très lourdes d'inégalités dans l'accès aux soins, sans préjudice des difficultés qui en résultent pour un pilotage plus efficient du système de santé.

C - Clarifier les rôles

Un réaménagement des champs d'intervention respectifs des deux intervenants et un partage contrôlé des données de santé permettraient de rationaliser la prise en charge sans diminuer la protection des assurés, d'améliorer la lisibilité du système, de clarifier les responsabilités et d'accroître l'efficacité de l'organisation des soins.

1 - Rationaliser l'existant

Les enjeux de cette réorganisation sont considérables pour l'efficacité et le coût de l'assurance maladie dans son ensemble. Aux économies obtenues en mutualisant les frais de gestion s'ajouteraient, en effet, au minimum les gains d'efficience à obtenir dans les secteurs de l'optique, des audioprothèses et du bucco-dentaire. Dans ces domaines, une amélioration de 10 % de l'efficience des dépenses, qui rapprocherait la France des niveaux atteints par ses voisins qui obtiennent les meilleurs résultats, signifierait des économies pouvant dépasser 1,2 Md€, dont 0,4 Md€ pour l'AMO. À ces objectifs financiers s'en ajoutent d'autres concernant l'équité et la simplicité, gages de la bonne utilisation du système.

Des précautions doivent néanmoins être prises en raison de l'extrême sensibilité de cette question qui touche directement la façon dont les soins de chacun sont pris en charge. Cette réorganisation ne devrait en tout état de cause pas conduire à réduire globalement la couverture dont bénéficient les assurés, même si des réaménagements de ses modalités sont nécessaires. La Cour avait dans cet esprit proposé, en 2016, de remettre à

[112] Les montants des coûts de gestion de l'AMO et de l'AMC ne sont cependant pas directement comparables entre eux puisque les premiers ne comprennent pas les frais de recouvrement et la charge du désendettement, qui sont placés ailleurs (dans la branche recouvrement et dans la CADES) dans les comptes de la sécurité sociale.

plat l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires en dessinant quatre scénarios, qui ne sont pas nécessairement tous exclusifs les uns des autres.

Le potentiel d'économies de gestion des régimes de base

La Cour a montré[113] que des efforts de mutualisation entre les mutuelles des trois fonctions publiques et le régime général permettraient de réduire les coûts de gestion de l'ensemble de 274 M€. Les critiques qu'elle a formulées sur les dysfonctionnements multiples de la sécurité sociale des étudiants[114], gérée par des mutuelles spécialisées, avec une estimation d'économies possibles de 93 M€, devraient prochainement déboucher sur la reprise de sa gestion par la CNAMTS.

Des économies sont possibles sur les charges de structure de l'assurance maladie obligatoire, comme la Cour a eu l'occasion de le souligner pour les centres informatiques et le réseau de la CNAMTS[115].

Des bénéfices significatifs sont enfin à attendre d'une gestion des ressources humaines plus efficiente des personnels des caisses de sécurité sociale, dont 60 % environ sont affectés à la gestion de l'assurance maladie[116]. Les surcoûts liés à l'absentéisme et à une durée du travail très inférieure à la durée légale de travail[117] représentent, selon la Cour, 220 M€ pour les seules caisses primaires d'assurance maladie. Un encouragement résolu à la mobilité géographique, des systèmes de rémunération et d'intéressement plus motivants, un pilotage national renforcé, permettraient de les réduire.

[113] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XVII, La gestion des mutuelles de l'assurance maladie obligatoire des agents publics, p. 479. La Documentation française, septembre 2013, 631 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[114] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XVII, La sécurité sociale des étudiants, p. 507. La Documentation française, septembre 2013, 631 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[115] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XIII, La réorganisation des réseaux de caisses du régime général : un mouvement significatif, un impossible *statu quo*, p. 451. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[116] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XI, La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder, p. 467. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[117] La durée moyenne de travail par agent dans les CPAM était de 1 532 heures en 2014, soit un écart de 4,7 % par rapport à la durée légale annuelle du travail (1 607 heures) en raison d'un nombre de jours de congés nettement supérieur (34 jours en moyenne).

Les deux premiers scénarios possibles s'attachent principalement à tenter de tirer les conséquences de l'organisation existante, soit en généralisant de façon obligatoire les couvertures complémentaires, qui protègent déjà presque toute la population, et en rationalisant les restes à charge en priorité grâce à l'harmonisation des assiettes des tickets modérateurs à l'hôpital[118], soit en resserrant le panier de soins remboursables afin d'améliorer en contrepartie, notamment à l'hôpital, les niveaux de couverture[119].

2 - Répartir les domaines de soins entre les différents dispositifs de couverture

La troisième possibilité d'évolution, plus ambitieuse, viserait à clarifier radicalement l'organisation de la prise en charge des risques entre les deux ensembles d'opérateurs, chacun d'entre eux intervenant seul dans les domaines dont il aurait la charge et non plus en se superposant l'un à l'autre comme aujourd'hui. Une telle évolution permettrait en premier lieu une meilleure lisibilité du système. Elle aboutirait également à clarifier les responsabilités et à accroître l'efficacité de l'organisation des soins, en confiant sans ambiguïté à l'AMC la gestion du risque, y compris la prévention, dans ses domaines de compétences. Elle pourrait également, sans coûts supplémentaires pour les finances publiques, permettre de relever les taux de prise en charge par l'AMO de certaines prestations essentielles aujourd'hui particulièrement mal remboursées, comme les soins dentaires conservatoires, l'optique pour les moins de 18 ans, voire de supprimer ou au moins de réduire les tickets modérateurs à l'hôpital. Cela supposerait de transférer à l'AMC des risques sur lesquels l'assurance de base intervient de façon très minoritaire (cas d'une partie de l'optique par exemple) pour des montants équivalents. L'impact de ces mouvements sur les cotisations à l'AMC pourrait de la même façon être atténué dans la mesure où l'augmentation de ses taux de prise en charge dans certains domaines où elle est déjà majoritaire serait compensée, au moins partiellement, par l'arrêt de ses interventions dans d'autres domaines où l'AMO prendrait le relais.

[118] Dans ce cas de figure, la mise en place d'un contrat socle reprenant les garanties de base sur le panier de soins de référence pourrait être étudiée.

[119] La réduction des inégalités dans les conditions financières d'accès à l'AMC devrait également être recherchée, notamment par un meilleur ciblage des aides publiques qui seraient dirigées en priorité vers les organismes complémentaires qui prennent en charge les personnes présentant les risques les plus élevés.

Cette division nette des champs de responsabilité permettrait d'améliorer en premier lieu les conditions de couverture, soit par l'AMO, soit par l'AMC, des domaines les plus concernés par les phénomènes de superposition actuels, l'optique, le dentaire et les audioprothèses[120]. Elle pourrait être complétée par une attention plus grande portée aux conditions de concurrence sur les marchés des produits en cause, comme la Cour a déjà eu l'occasion de l'observer à propos des dispositifs médicaux et de l'optique[121] et comme l'Autorité de la concurrence l'a récemment recommandé à propos des audioprothèses[122].

3 - Envisager la mise en place d'un « bouclier sanitaire »

La dernière piste, qui consisterait en un changement plus fondamental de l'organisation de l'assurance maladie, supposerait la mise en place d'un « bouclier sanitaire » visant à plafonner dans tous les cas le reste à charge des assurés après l'AMO[123], tout en supprimant en contrepartie la prise en charge dérogatoire à 100 % des ALD. Un tel dispositif existe dans plusieurs pays européens, notamment en Allemagne, en Belgique et en Suisse. Le plafonnement des restes à charge est calculé soit en pourcentage du revenu (Allemagne et Belgique), soit en montant, mais variable selon les tranches de revenu (Suisse). Ce scénario, dont les effets de redistribution seraient à expertiser soigneusement, assurerait une solidarité financière accrue entre malades et bien portants. Il aurait aussi pour effet de réduire fortement l'utilité d'une assurance complémentaire

[120] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2016*, Chapitre VI, Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p. 245. La Documentation française, septembre 2016, disponible sur www.ccomptes.fr

[121] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, Chapitre XIV, La prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses, p. 393. La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr

[122] Autorité de la concurrence, avis n° 16-A-24 du 14 décembre 2016 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur des audioprothèses ; la dissociation de la vente de l'appareil et de son adaptation, d'une part, et de la fourniture des prestations de suivi au-delà de la première année, d'autre part, y sont notamment recommandées.

[123] Le « bouclier sanitaire » vise à simplifier les multiples tickets modérateurs et autres participations au coût des prestations en les remplaçant par un plafond unique général, associé à un principe de co-paiement systématique par les assurés. Ceux-ci les acquitteraient jusqu'à ce que leur total atteigne le seuil fixé par le « bouclier sanitaire ». Au-delà en revanche, ils seraient pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, à l'exception des dépassements d'honoraires.

sur les dépenses opposables, ce qui pourrait entraîner une réorganisation profonde du secteur de l'AMC avec l'objectif de baisser ses coûts de gestion. En répartissant autrement les restes à charge chez les assurés, cette solution offrirait l'avantage, à un coût réduit, voire nul, pour l'assurance maladie, de régler le problème de la mauvaise couverture des assurés en matière d'optique, d'audioprothèses et de soins dentaires.

L'accroissement de la pression financière sur les dépenses d'assurance maladie comme les effets indésirables des modes de régulation actuels confèrent à ces scénarios une actualité manifeste.

La couverture des dépassements tarifaires par l'assurance maladie complémentaire

Le reste à charge après AMO, soit près de 44 Md€, est constitué pour près de la moitié par des dépassements tarifaires de tous ordres, dont la prise en charge est par définition réservée à l'AMC, l'autre moitié étant constituée de tickets modérateurs, franchises et participations diverses des assurés.

La prise en charge des dépassements d'honoraires par les dispositifs d'assurance maladie complémentaire a pu contribuer à leur dynamique, poussant les pouvoirs publics à limiter leur couverture par l'AMC.

Le recul manque encore pour juger de l'efficacité de la nouvelle définition, en 2016, des contrats d'assurance complémentaire solidaires et responsables qui tentent de limiter les dépassements[124]. En application de ces nouvelles règles, les dépassements des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ne peuvent plus, à partir de 2017, être pris en charge qu'à hauteur de 100 % des tarifs opposables. Le respect de ces règles conditionne, en effet, l'octroi de soutiens publics au titre de l'aide à la souscription d'une protection maladie complémentaire. Ils apparaissent toutefois de portés relativement limités. La Cour a préconisé que ce plafond de prise en charge soit remplacé par une exclusion du conventionnement avec l'AMO pour les praticiens pratiquant des dépassements allant au-delà de la limite fixée par ces contrats. Une baisse du niveau de ces plafonds devrait en outre être envisagée, afin d'exercer une pression plus forte sur le niveau des dépassements.

[124] Une étude du cabinet de conseil en actuariat Actense du 20 avril 2017, qui porte sur 60 000 personnes couvertes par dix contrats de complémentaire santé, semble cependant montrer que les restes à charge associés aux nouveaux contrats responsables se sont accrus, notamment pour les interventions chirurgicales.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans les domaines de l'organisation des soins de ville, des relations conventionnelles, de l'hôpital et de la structuration de l'assurance maladie en ses composantes obligatoire et complémentaire, le même constat peut être fait : les outils de gestion et de régulation construits et perfectionnés au cours du temps restent insuffisants pour surmonter les obstacles structurels qui s'opposent à une meilleure efficience de la chaîne de soins, alors que des enjeux d'efficience de plusieurs milliards d'euros peuvent être mis en évidence.

Des décisions de fond sur l'organisation de l'assurance maladie doivent donc être prises. Elles doivent viser au minimum à rationaliser l'existant. Elles peuvent aussi s'inspirer de scénarios plus ambitieux, soit pour redessiner les domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, soit pour mettre en place un « bouclier sanitaire » limitant de façon équitable et uniforme les restes à charge. Un coup d'arrêt doit en tout état de cause être mis au développement des dépassements tarifaires.

Le cadre même de la négociation conventionnelle doit être revu en profondeur, en structurant de façon plus efficace les acteurs et en définissant à l'avance, suivant l'exemple allemand, des dispositifs obligatoires s'appliquant aux installations et aux admissions au conventionnement, mais aussi aux rémunérations et à leur limitation.

Les exemples étrangers incitent aussi à remettre à plat les règles fondamentales qui président à l'organisation des acteurs du système de soins. Elles concernent aussi bien la répartition des compétences entre professionnels de santé et la structuration des coopérations dans les soins de ville que l'articulation ville-hôpital qui suppose un meilleur contrôle à l'entrée des urgences et demande de rompre avec la logique d'hospitalo-centrisme pour construire de vrais parcours de soins.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

3. *introduire dans les dispositions législatives communes aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professions de santé :*
   - *des règles de conventionnement sélectif, subordonné à la recertification périodique des professionnels de santé et aux besoins des territoires d'installation ;*
   - *des règles de plafonnement des dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre des dispositifs conventionnels avec l'assurance maladie*

entraînant en cas de non-respect l'exclusion du conventionnement du professionnel de santé en cause, et dans celui des contrats solidaires et responsables ;

4. *afin de désengorger les urgences hospitalières, renforcer la réponse de soins de ville en conditionnant une partie des rémunérations des médecins au développement de la permanence des soins, de l'extension des horaires d'ouverture et de la réponse de soins non programmée, et expérimenter à l'entrée des urgences une régulation médicale indépendante de l'hôpital permettant d'orienter les patients vers la réponse de soins, ambulatoire ou hospitalière, la mieux adaptée à leur état ;*

5. *redéfinir l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, en particulier en rationalisant les restes à charge pour les assurés, en répartissant clairement les prises en charge par secteurs de soins entre les deux dispositifs de couverture, ou en envisageant la mise en place d'un « bouclier sanitaire » plafonnant dans tous les cas le reste à charge des assurés.*

Chapitre III

Des modes de régulation en échec

Les politiques de maîtrise des dépenses n'empêchent pas la persistance et même la multiplication de poches d'inefficience, de zones d'inadaptation de l'offre aux besoins de soins, de coûts anormalement élevés de groupes de biens et services par rapport à leur coût de revient ou à leur valeur thérapeutique intrinsèque.

Pour s'attaquer à ces situations, les pouvoirs publics ont, au cours des vingt dernières années, largement fait le choix de s'appuyer en priorité sur des réformes du mode de tarification, principalement à l'hôpital, plus modestement et plus tardivement en ville. Ils escomptaient que les nouvelles conditions ainsi créées allaient automatiquement entraîner des réorganisations dans le système de soins, sans qu'ils aient eux-mêmes à assumer la responsabilité de fermetures ou de restructurations des établissements les moins adaptés ou, dans le domaine des soins de ville, de mesures plus contraignantes touchant à la liberté d'installation.

Ces réformes de la tarification, pour structurantes qu'elles soient, n'en sont pas moins porteuses d'effets ambigus, et n'ont au demeurant pas toujours permis d'ajuster au mieux les prix aux coûts. Les efforts déployés pour mieux organiser la répartition de l'offre de soins ou pour réviser les critères de prise en charge des actes médicaux et des produits de santé ont été comparativement plus limités, et les résultats obtenus sont modestes.

I - Des mécanismes de rémunération inadaptés

La bonne répartition des moyens de l'assurance maladie dépend de la façon dont elle rémunère les services qui sont apportés par les médecins, hôpitaux et cliniques pour rendre les prestations garanties aux assurés.

Cette tarification doit s'appuyer sur une connaissance exacte des coûts réels et de leurs marges d'optimisation pour que l'allocation des moyens financiers corresponde à la réalité, tout en incitant fortement aux gains d'efficience. Cependant les modes de rémunération des acteurs de soins conçus comme des incitations, voire des obligations, à privilégier des pratiques plus économes et plus efficaces, ne jouent que très imparfaitement ce rôle, qu'ils soient à la main du ministère de la santé ou de l'assurance maladie. Dès lors, des réformes profondes doivent être menées pour maîtriser les volumes et mettre plus fortement l'accent sur la qualité et l'efficience, et la lutte contre les rentes de situation.

A - Des réformes tarifaires structurantes mais ambigües

Les tarifications en médecine de ville et en établissements de santé publics et privés reposent sur un principe commun très majoritaire, la rémunération à l'acte, puissant facteur d'inflation des dépenses.

1 - Une amorce de diversification des rémunérations en ville

En médecine de ville, deux mouvements ont affecté les outils tarifaires conçus comme leviers de changement pour une meilleure organisation du système de santé.

Le premier a consisté dans la réforme importante de la nomenclature des actes en 2005 avec la création de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour mieux retracer l'activité des professionnels et proposer une nouvelle hiérarchie objectivée des actes. Cette révision s'est malheureusement enlisée (cf. chapitre 2).

Un tel effort de refonte n'a pas été entrepris pour la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Instituée en 1972, elle concernait à l'origine l'ensemble des actes des professions médicales et paramédicales. Elle demeure en vigueur pour les actes cliniques des médecins et pour l'ensemble des actes des auxiliaires médicaux. Elle porte sur 21 Md€ de remboursements en 2015 pour le seul régime général, hors sections locales mutualistes.

La NGAP souffre d'une complexité tarifaire grandissante, source de difficultés et d'erreurs, sans permettre toujours une identification précise des actes, notamment ceux réalisés par les auxiliaires médicaux. L'insuffisante connaissance des actes présentés au remboursement qui en résulte fait obstacle à une gestion du risque précisément documentée et

empêche toute forme de contrôle efficace sur le respect des indications et des cumuls d'actes.

Une diversification des modes de rémunération par l'introduction de rémunérations forfaitaires et de rémunérations à la performance a été engagée, mais est restée timide, le paiement à l'acte assurant encore plus de 85 % des revenus des médecins en 2015. Dans ce contexte, la dynamique inflationniste de ce mode de rémunération reste forte, ainsi que la Cour l'a mis en évidence comme de nombreuses études[125].

La convention médicale de 2011 a certes généralisé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), sur la base du volontariat mais avec des taux de refus faibles[126]. Celle de 2016 a recentré le dispositif, de sorte que 90 710 médecins ont bénéficié d'une ROSP en 2016 pour un montant moyen individuel de 4 593 €[127]. Si le taux d'atteinte global des objectifs pour les médecins généralistes et les médecins à exercice particulier est passé de 53 % à 70,1 % entre 2012 et 2016, les résultats sont variables selon les objectifs.

Tableau n° 1 : taux d'atteinte des objectifs de la ROSP

Volets	**Taux d'atteinte (en %)**					
	2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Évolution (en point)**
Suivi des maladies chroniques	50,3	56,7	58,9	60,6	60,8	+10,5
Prévention	35,1	40,4	41,0	42,1	41,8	+6,7
Prescription	56,0	64,1	69,9	76,1	79,3	+23,3
Organisation du cabinet	63,3	76,3	80,9	83,3	86,3	+23

Source : CNAMTS.

[125] OCDE, *Vers des systèmes de santé plus performants*, 2004, Direction générale du Trésor, Mode de rémunération des médecins, lettre Trésor-Eco n° 42, septembre 2008, DUFAURE, Eric et DORMONT, Brigitte, *Fixed fees ans physician-induced demand : a panel data study on French physicians*, Health economics, juin 2003, notamment.

[126] Ils se montent à 2,8 % chez les médecins généralistes et à 4,4 % chez les spécialistes.

[127] Ce montant moyen individuel varie selon les spécialités : 6 983 € pour les généralistes, 2 475 € pour les cardiologues, 2 277 € pour les gastro-entérologues et 951 € pour les autres spécialités.

L'accent a été mis, avec la convention médicale de 2016, sur des indicateurs de qualité des pratiques cliniques, dans le prolongement des trois premiers volets du tableau ci-dessus. Ces derniers, pour être pleinement efficaces, doivent être actualisés régulièrement en fonction des objectifs et des évolutions observées des pratiques des professionnels, ce qui a été rendu possible par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017[128].

La rémunération à la performance a été étendue aux pharmaciens en 2012, en particulier pour la dispensation des spécialités génériques et la prévention des risques iatrogéniques chez les patients sous anticoagulants oraux (antivitamine K[129]).

2 - Un changement de fond dans le secteur hospitalier : la tarification à l'activité

La tarification à l'activité (T2A), qui est désormais le mode de rémunération des établissements de soins de court séjour, comme dans de nombreux autres pays[130], répartit les ressources financières entre établissements de santé, dans le cadre global fermé des deuxième et troisième sous-objectifs relatifs aux établissements de santé publics et privés de l'ONDAM dit « hospitalier », sur une base médicalisée en fonction des patients et des pathologies réellement pris en charge, et non plus sur une base historique reconduite chaque année. Conçue comme un outil de restructuration de l'offre hospitalière par le marché, la T2A couvre l'essentiel de l'activité des établissements de santé, à l'exception notable de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation. Ses avantages (efficience, amélioration de la transparence, équité du financement) comme ses effets pervers (réduction excessive des durées de séjour avec une possible incidence sur le coût des soins de suite et des soins à domicile,

[128] L'article 74 permet en effet de modifier les indicateurs de la ROSP après discussion dans les instances conventionnelles compétentes. Leur mise en œuvre n'exige pas un avenant conventionnel, mais une simple décision du directeur général de la CNAMTS.
[129] 145 M€ en 2016.
[130] Selon l'OCDE, le paiement à l'activité pour les hôpitaux est mis en œuvre dans 14 des 20 pays ayant un système d'assurance maladie (dont l'Allemagne, les Pays-Bas et les États-Unis), et dans trois pays ayant un système national de santé (Royaume-Uni, Australie et Finlande), *in* « Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE », mars 2015.

optimisation du codage, risque de sélection de patients) ont été souvent analysés[131].

La T2A est ainsi fondée sur une description de l'activité hospitalière à travers des groupes homogènes de malades (GHM) et des groupes homogènes de séjours (GHS) plutôt que selon les spécialités de services hospitaliers. Les prix des GHS sont définis à l'avance (paiements prospectifs) en prenant en compte l'ensemble des prestations mises en œuvre pour le traitement d'une pathologie et non la succession des actes cliniques individuels réalisés. Cette tarification encourage l'efficience dans l'organisation des soins. Elle suppose néanmoins que les prix reflètent les coûts des actes les plus efficients et que la description de l'activité soit fiable.

Des rémunérations forfaitaires la complètent notamment pour assurer le financement des missions de service public comme l'enseignement et la recherche ou les interventions du SAMU et des SMUR.

3 - Des faiblesses préjudiciables

Ces dispositifs tarifaires restent marqués par plusieurs faiblesses.

Indexés sur le nombre d'actes, de consultations ou de séjours, ils ont conduit à une augmentation des volumes d'activité. Pour partie légitime, cette progression est sans doute aussi le signe d'une inflation excessive d'actes, repérable dans tous les secteurs et à la pertinence parfois incertaine. La baisse de prix a incité parfois à des stratégies de développement, comme vu au chapitre 1. Ainsi la T2A n'incite pas les établissements à réguler leur activité de soins puisque leur niveau de ressources en dépend directement. Elle pousse plutôt à agir sur la productivité, ce qui peut se traduire, comme le souligne un rapport récent[132], par une moindre attention portée aux patients, une segmentation des séjours et, paradoxalement, une réduction des actes effectués s'ils ne sont pas pris en compte dans la détermination des rémunérations liées à la T2A.

[131] OR Z., RENAUD T., *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) – Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, IRDES, mars 2009.
[132] Dr VÉRAN, Olivier, *L'évolution des modes de financement des établissements de santé, Une nouvelle échelle de valeur*, avril 2017.

Ces modes de tarification sont, en outre, insuffisamment actualisés. La liste des produits et prestations remboursables, qui couvre près de 80 000 dispositifs médicaux, - des prothèses de hanche, aux fauteuils pour handicapés- est ainsi insuffisamment mise à jour, en particulier pour les inscriptions « en ligne générique »[133], alors que les dépenses présentées au remboursement sont en forte hausse (6 Md€ en 2015[134]). Plus généralement, la tarification est en retard sur l'évolution des pratiques de soins vers l'exercice collectif, la pluridisciplinarité et l'innovation. En dépit des nouveaux modes de rémunération qui ont vocation à faciliter l'exercice pluri-professionnel dans une structure, l'essentiel des tarifs reste dirigé vers un seul professionnel de santé ou un seul établissement de santé. De plus, alors que les parcours de soins des patients reposent sur des professionnels de santé libéraux et des prestations hospitalières, les systèmes de rémunération sont séparés, ce qui autorise toutes les redondances.

Enfin, ces dispositifs tarifaires sont devenus trop complexes et instables. C'est le cas des consultations cliniques des praticiens de ville, que la convention médicale de juillet 2016 a encore compliquées : quatre ensembles de consultations avec des niveaux différents de tarifications et de majorations, allant de 25 à 60 €, ont été instaurées sans mesure objectivée des coûts ni de la valeur relative des consultations concernées. C'est surtout, dans le domaine hospitalier, la caractéristique de la structure des GHS qui rend illisible le « signal prix » qu'elle est censée transmettre aux établissements de santé. Sa sophistication, ses changements continuels, l'éloignement progressif des références de coût par rapport à la réalité, l'effet accumulé des régulations prix-volume mentionné au chapitre 1, ont érodé la capacité de la T2A à inciter à une organisation plus efficiente de l'offre de soins hospitalière. La complexité est encore accrue par des différences de périmètre tarifaire entre hospitalisation publique et hospitalisation privée. En particulier, dans les cliniques privées, les praticiens sont des médecins libéraux payés à l'acte alors qu'ils sont salariés dans les hôpitaux publics.

Les réformes intervenues au cours des quinze dernières années dans les modalités de rémunération des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé ont donc aujourd'hui besoin d'inflexions sensibles pour que les dispositifs tarifaires contribuent effectivement à l'efficience du système de soins et à la maîtrise des dépenses.

---

[133] Effectuées directement par les producteurs de manière à rattacher la tarification de leurs dispositifs médicaux à un produit équivalent déjà tarifié.

[134] Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2016, p. 127 (LPP et produits humains).

B - Une réalité des coûts à mieux prendre en compte

La fixation des règles tarifaires devrait permettre de donner des indications plus claires, mieux orientées vers les gains d'efficience, à l'ensemble des acteurs en se rapprochant de la vérité des coûts et en gagnant en stabilité.

1 - Approfondir la T2A pour renforcer le « signal prix »

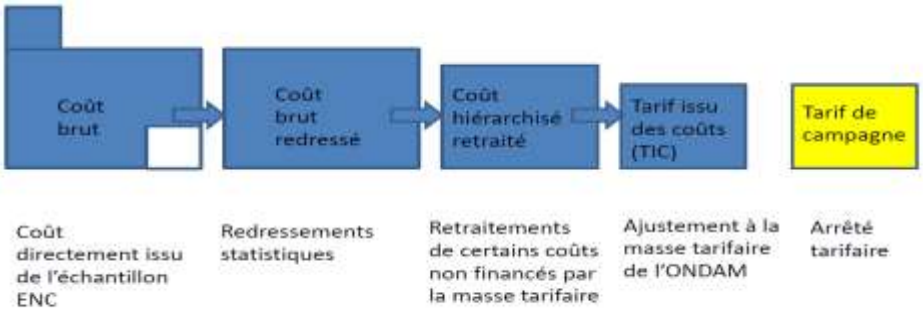
La T2A s'est progressivement éloignée du principe structurant selon lequel les tarifs des séjours hospitaliers doivent refléter les coûts de production issus d'études nationales de coûts. Deux logiques sont à l'œuvre : la déconnexion entre les coûts et les tarifs et l'abandon de la convergence tarifaire au profit de la neutralité tarifaire entre les établissements publics et privés (cf. infra), dont les effets en terme d'efficience doivent être bien mesurés.

Comme la Cour l'a montré[135], les grilles tarifaires produites annuellement par le ministère à partir des études nationales de coûts sont la résultante d'un processus complexe, visant à contenir la progression des dépenses d'assurance maladie, tout en prenant en compte les objectifs de santé publique, ainsi que le lissage dans le temps des variations tarifaires subies par les établissements. Les étapes de la construction tarifaire ont pour effet de distordre significativement le lien entre les coûts et les tarifs.

Les écarts persistants entre les coûts et les tarifs sont liés au mouvement concomitant d'augmentation des volumes et de diminution des prix unitaires payés aux établissements de santé. Bien que les tarifs des séjours soient censés reposer sur un référentiel des coûts objectivés, actualisés tous les ans, l'étude nationale des coûts (ENC) que produit l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et qui a été régulièrement affinée comporte des biais statistiques et méthodologiques qui ont donné lieu à peu de corrections. De plus, le processus de détermination des tarifs à partir de ces coûts est particulièrement complexe et opaque, interdisant toute comparaison entre les coûts de l'ENC et les tarifs fixés par arrêté. L'ATIH procède, en effet, à des retraitements des coûts bruts issus de l'ENC pour déterminer un tarif issu des coûts, seul comparable aux tarifs de l'arrêté, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

[135] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VII, Tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 201-228. La Documentation française, septembre 2011, 547 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Schéma n° 1 : étapes de la construction des tarifs hospitaliers



Source : Cour des comptes.

Ce processus apparemment efficient a cependant l'inconvénient de masquer les arbitrages ministériels destinés à favoriser ou à pénaliser telle activité sans remettre en question les équilibres globaux.

Complémentaire de la T2A, la convergence tarifaire entre le secteur public et les deux secteurs, privé et privé à but non lucratif avait pour but initial la fixation d'un tarif unique, commun à l'ensemble des établissements de santé, et qui soit le plus bas possible aux termes de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Face aux difficultés techniques et politiques de mise en œuvre, cet objectif a été remplacé en 2012 par un principe de neutralité tarifaire en vertu duquel « les tarifs doivent reproduire la hiérarchie des prises en charge en termes de coûts moyens de production ». Depuis la campagne tarifaire de 2013, les écarts ont été ainsi progressivement réduits pour éviter les effets potentiellement déstabilisants pour les établissements de santé d'une baisse trop importante d'une année sur l'autre des tarifs. L'amélioration de la lisibilité de la T2A passe par une simplification et une stabilisation de la nomenclature des groupes homogènes de malades et de séjours[136] et par un rapprochement des barèmes appliqués et des coûts réels. Pour que cette opération ne se traduise ni par des incitations négatives à la productivité, ni par des augmentations de rémunération qui seraient globalement incompatibles avec le respect de l'ONDAM hospitalier, les coûts représentatifs des établissements les plus efficients devraient servir de référence comme la Cour l'a déjà recommandé pour la chirurgie

[136] L'étude nationale des coûts à méthodologie commune dénombre près de 2 300 GHM contre 800 précédemment.

ambulatoire[137]. Il en résulterait, selon la CNAMTS[138], 645 M€ d'économies annuelles pour cette seule activité. Encore faut-il au préalable définir, en lien avec l'agence nationale pour l'amélioration de la performance ou avec la Haute Autorité de santé, des référentiels d'organisations efficientes qui permettent de conjuguer maîtrise des dépenses et qualité des prises en charge.

2 - Moderniser les nomenclatures pour mieux intégrer l'innovation

Les nomenclatures (NGAP et CCAM) devraient être recentrées sur leur vocation de tarification des actes, notamment techniques, à leur juste prix, en renouant avec l'ambition originelle de la CCAM, qui a été abandonnée (cf. chapitre 2), mais qui mériterait d'être étendue à l'ensemble des nomenclatures.

Pour impulser une dynamique de prise en compte de l'innovation et des évolutions des techniques et des pratiques, il importe de tirer les conséquences, pour les actes déjà inscrits, des effets d'apprentissage et des progrès de productivité, sans que cette approche porte préjudice à d'autres formes d'encouragement de l'innovation[139]. Une maintenance régulière des nomenclatures doit donc être assurée afin d'éviter que l'innovation ne soit systématiquement associée à une augmentation des dépenses, et donc parfois freinée dans sa mise en œuvre. Avec une enveloppe financière contrainte, c'est la seule voie permettant de dégager les marges de manœuvre financières nécessaires à l'intégration de nouvelles techniques et de nouveaux produits, plus coûteux dans une première phase, mais pouvant générer des économies par la suite à condition que des baisses périodiques de tarifs soient pratiquées lorsque les actes innovants se banalisent.

Jugée trop lourde aujourd'hui en raison des consultations obligatoires et des travaux en commissions de hiérarchisation des actes, la gestion de la grille de classification doit évoluer. Deux niveaux devraient être distingués. L'inscription, la hiérarchisation, la modification et le retrait

[137] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VIII, La chirurgie ambulatoire. La Documentation française, septembre 2013, 631 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[138] CNAMTS, propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2015 (2014).

[139] La CNAMTS fait à cet égard plusieurs propositions dans son rapport « charges et produits » 2017.

des actes devraient relever de l'expertise scientifique de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes, ce qui conduirait à recentrer les commissions paritaires de hiérarchisation (CNAMTS et syndicats représentatifs de professionnels), à défaut de les supprimer, sur la détermination des règles qui président au classement des actes et non sur l'appréciation de chaque acte, conformément à la lettre de l'article L. 162-7 du code de la sécurité sociale. Les négociations conventionnelles seraient alors limitées à la valorisation monétaire des actes, dans le respect de cette hiérarchie.

Le changement du cadre législatif des négociations conventionnelles préconisé au chapitre 2 pourrait apporter cette clarification indispensable.

Des pistes d'économies par des ajustements tarifaires ciblés

La Cour a montré en 2015, lorsqu'elle a examiné les dépenses liées à l'insuffisance rénale chronique terminale[140], que l'unification des tarifs de dialyse, aujourd'hui éclatés en 16 niveaux, permettrait à l'assurance maladie d'économiser 300 M€. Une rationalisation des frais de transport pourrait apporter 50 M€ supplémentaires.

Dans le domaine de la biologie médicale, la Cour a également proposé[141] des mesures d'économie tarifaire en ajustant à la baisse le coût de la lettre B de la classification de ces actes. Il en résulterait une diminution de 316 M€ des dépenses de santé, et des économies pour l'assurance maladie à hauteur de 220 M€. La réforme du système de garde des transports sanitaires permettrait enfin d'épargner 95 M€, comme la Cour l'a montré[142].

[140] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre X, L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser les prises en charge les plus efficientes, p. 345. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[141] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XIII, Les dépenses de biologie médicale, p. 365. La Documentation française, septembre 2013, 631 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[142] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XI, Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie, p. 311. La Documentation française, septembre 2012, 576 p., disponible sur www.ccomptes.fr

3 - Accentuer l'effort sur les prix des médicaments

La France a fait le choix de fixer par voie réglementaire le prix des médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Depuis près de 25 ans, cette réglementation est le fruit d'une politique conventionnelle qui privilégie la négociation avec l'industrie pharmaceutique. C'est à un comité interministériel, le Comité économique des produits de santé (CEPS) et, au premier chef, à son président, que l'État a confié l'ensemble de ces négociations, dans le cadre d'orientations ministérielles et du respect de l'ONDAM.

Dans ce cadre, trois types d'actions peuvent être conduits.

Le premier consiste à négocier de façon plus efficace leur prix, en rééquilibrant les termes de la négociation par la définition de critères légaux et financiers plus précis, dans le prolongement des recommandations formulées par la Cour dès 2011[143] et prolongées en 2017[144]. Le recours à des instruments d'évaluation plus fins, décrits dans la section III du présent chapitre, évaluation en vie réelle des produits et diagnostic médico-économique, doit notamment contribuer à un tel rééquilibrage, compte tenu du caractère central de l'amélioration du service médical rendu dans la fixation du prix des médicaments.

La deuxième, mise en avant par la Cour à de nombreuses reprises, consiste à développer la part des spécialités génériques dans la consommation totale de médicaments. Alors que cette proportion s'élève à plus des trois quarts au Royaume-Uni ou en Allemagne, elle n'est encore que de 45 % en France, selon l'OCDE et la CNAMTS. De fait, les habitudes de prescription des médecins font obstacle à la diffusion des génériques, dès lors qu'ils donnent la préférence à la prescription des médicaments *princeps,* comme les y poussent les réseaux de visiteurs médicaux des laboratoires. Le droit de substitution qui a dû être coûteusement accordé aux pharmaciens pour surmonter cet obstacle et leur permettre de dispenser le générique de la spécialité prescrite est lui-même

[143] Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011, chapitre IV « la maîtrise des dépenses de médicaments », pp. 109-145. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

[144] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, chapitre VIII, La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335. La Documentation française, 729p., disponible sur www.ccomptes.fr

confronté à la fréquence de l'apposition par le médecin prescripteur de la mention « non substituable ». La Cour a calculé en 2015 qu'un objectif, certes ambitieux, d'augmentation de cette part à 85 % rapporterait 1,125 Md€ d'économies[145]. En particulier, le développement dans les prochaines années des médicaments biosimilaires[146] au sein d'un marché estimé à 1 Md€ revêt une importance majeure au regard des économies potentielles qu'il peut générer puisque leur prix est, en Europe, de 20 à 30 % inférieur à celui des médicaments biologiques de référence et que leur taux moyen de pénétration n'est en France que de 6,2 % contre 13,5 % en Allemagne et 42,5 % en Italie[147].

Enfin, la dépense de distribution du médicament (officines, grossistes-répartiteurs) dont le coût est estimé par la Cour à plus de 8 Md€ soit plus de 30 % de la dépense remboursable de médicament, doit être mieux régulée. La rémunération des acteurs ne devrait plus être assise sur les prix, de façon à réduire les incitations à proposer des molécules onéreuses, ni sur les volumes. Or, depuis 2014[148], l'honoraire de dispensation des pharmaciens repose notamment sur un forfait par boîte de médicament vendue. Les marges considérables consenties par les laboratoires et les grossistes aux officines pharmaceutiques sur les génériques (1,45 Md€ sur 4,4 Md€ de vente au public) au-delà même des rémunérations réglementaires de ces dernières, prouvent par ailleurs qu'il existe des gisements d'économies qui nécessitent de réviser significativement à la baisse les prix de ces produits. Une économie de l'ordre de 800 M€ est envisageable à ce titre.

[145] Une note récente de la direction générale du Trésor évalue le rendement d'une mesure visant cet objectif et consistant à fixer les prix des produits sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité (tarif de remboursement unique qui peut être appliqué aux médicaments pour lesquels le taux de pénétration des génériques est trop faible) le plus bas dans un périmètre élargi, à un chiffre très proche, 1,015 Md€ (Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques ?, Trésor-éco n° 199, juin 2017).

[146] Substance produite à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant, le médicament biologique (comme les vaccins ou les anticorps monoclonaux) relève d'une production complexe. Un médicament biosimilaire est similaire à un médicament biologique de référence, dont le brevet est tombé dans le domaine public, mais non strictement identiques à la différence des médicaments génériques. Le principe de substitution valable pour les médicaments chimiques et génériques ne peut pas s'appliquer automatiquement, selon l'ANSM.

[147] CNAMTS, *Rapport charges et produits pour 2018.*

[148] Depuis l'avenant n° 5, conclu le 21 mai 2014, à la convention nationale des pharmaciens du 4 mai 2012, un honoraire de dispensation a été créé. Il repose sur un forfait par boîte de médicament vendue et sur un honoraire par ordonnance complexe.

Pour mener ces tâches à bien, il est en outre indispensable de renforcer les moyens et l'expertise, aujourd'hui très faible, des acheteurs publics[149], comme la Cour l'a souligné, en dernier lieu dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017.

C - Un intéressement à la qualité des soins à étendre

Des réformes profondes doivent être menées pour maîtriser les volumes et orienter les actes vers la qualité et l'efficience. La diversification des modalités de rémunération, au-delà de la seule rémunération à l'acte, permet d'inclure des mécanismes complémentaires visant à orienter davantage le financement vers l'adaptation aux besoins et les incitations à certaines formes de pratique. Elle contribue à mieux hiérarchiser les objectifs, en rendant plus lisibles les règles qui s'appliquent à chaque dispositif.

1 - Développer le financement au parcours ou à l'épisode de soins

Alors que l'ensemble du système de soins et ses modalités de rémunération ont été conçus pour répondre aux épisodes aigus de la maladie, les pathologies chroniques et multiples demandent des instruments tarifaires nouveaux pour faciliter les prises en charge globales des patients. Les outils tarifaires par acte ou séjour, même corrigés par des financements complémentaires incitant à l'efficience et à la performance, valorisent en effet davantage les parcours segmentés que les parcours de soins coordonnés. Des modèles alternatifs sont expérimentés depuis plusieurs années dans plusieurs pays européens et devraient l'être en France, dans le prolongement du rapport Véran[150] et dans le cadre des dispositions prévues par le projet de loi de financement pour 2018.

[149] Le CEPS ne compte que 14 agents et ne bénéficie que de 200 000 € de budget hors personnel pour gérer des négociations portant aujourd'hui sur 27 Md€ de dépenses.
[150] Dr VÉRAN, Olivier, *L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur*, avril 2017.

Des modes de rémunération innovants à l'étranger, au service de la qualité des soins

Aux Pays-Bas, un budget annuel par patient pour certains malades chroniques[151] est négocié entre l'assureur et les coopératives multidisciplinaires de soins primaires (*Zorggroepen*) pour rémunérer les professionnels de santé. Ce budget qui s'appuie sur des protocoles de soins élaborés par les sociétés savantes varie en fonction des profils de morbidité des patients.

En Suède, la pose d'une prothèse de hanche ou de genou bénéficie, depuis 2009, d'un paiement forfaitaire qui inclut les soins pré-hospitaliers, le séjour chirurgical, la prothèse, les soins en ville pendant un mois après l'opération, les dispositifs médicaux, la rééducation et l'ensemble des soins liés aux complications en lien avec la prothèse pendant deux ans. Selon une première évaluation à 5 ans de ce modèle dit *« orthochoice »*, qui concerne 71 % des patients éligibles, les délais d'attente pour une telle opération ont diminué et le coût moyen a baissé de 20 % en raison surtout de la baisse des réhospitalisations et des gains de productivité.

Aux États-Unis, *l'Affordable Care Act* de 2010 a créé des organisations de niveau intermédiaire, les *accountable care organizations*, qui contractualisent avec des prestataires de soins le renforcement des soins primaires et le développement des parcours de prise en charge pour certaines pathologies. Des objectifs annuels de dépenses à respecter sont fixés par équipe de professionnels, qui sont donc liés financièrement par ce mode de financement alternatif au paiement à l'acte. Ils sont incités à respecter cette enveloppe par la possibilité de conserver une partie des sommes allouées non consommées et à améliorer la qualité des soins par une rémunération sur objectif.

a) Le financement au parcours

Le financement au parcours repose sur la définition *ex ante* d'un forfait global pour une durée et une catégorie de patients déterminés, qui permet ensuite de financer pour un patient l'ensemble des soins et produits de santé nécessaires quels que soient les prestataires de soins. Cette formule, qui paraît particulièrement adaptée pour la prise en charge des pathologies chroniques, a déjà été recommandée à plusieurs reprises par la Cour, comme en 2016 dans le cas des affections de longue durée[152]. Ce

[151] Diabète, asthme et risques cardio-vasculaires.

[152] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre V, La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

forfait serait modulé en suivant l'état de santé du patient et serait assorti d'indicateurs pour apprécier la qualité de la prise en charge, en s'appuyant sur des protocoles de prise en charge ou des recommandations de bonnes pratiques.

Les expérimentations effectives de financement au parcours sur la base de programmes cliniques intégrés sont toutefois très peu avancées, comme pour l'insuffisance rénale[153] ou la prise en charge de l'obésité sévère ou complexe chez les enfants et adolescents[154]. Cette dernière nécessite une approche pluridisciplinaire coordonnée associant la ville et l'hôpital (projet OBEPEDIA) qui ne sera déployée qu'au quatrième trimestre 2017 dans cinq centres spécialisés avec l'inclusion de 150 à 250 enfants au total la première année.

b) Le financement à l'épisode de soins

Le paiement à l'épisode de soins consiste à rémunérer sous la forme d'un forfait global unique l'ensemble des interventions nécessaires à la réalisation d'un épisode de soins préalablement défini, au lieu de payer individuellement les intervenants concernés. Il semble plus aisé à mettre en œuvre que le financement au parcours.

En France, certaines prises en charge recouvrent déjà un ensemble d'actes et de prestations associés. Des interventions de prestataires de soins à domicile à travers la liste des produits et prestations remboursables sont intégrées dans des forfaits couvrant les matériels et prestations à domicile. Cette approche a été retenue pour la télésurveillance des patients en insuffisance cardiaque, respiratoire ou rénale, par l'arrêté du 6 décembre 2016[155] ou le sera prochainement pour la radiothérapie

[153] Article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

[154] Article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, dans le prolongement du plan obésité de 2010-2013 et du rapport « Obépédia » de décembre 2014.

[155] Arrêté portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la LFSS pour 2014. Une rémunération forfaitaire est prévue pour le médecin ou l'infirmier dans le cadre d'un protocole de l'article 51 de la loi HPST effectuant la télésurveillance à hauteur de 110 € par patient et par semestre, et une rémunération forfaitaire à hauteur de 60 € par patient et par semestre pour le professionnel de santé assurant l'accompagnement thérapeutique. Le prestataire du dispositif médical est rémunéré sous forme forfaitaire à hauteur de 300 € par patient et par semestre pour la mise à disposition de la solution technique de télésurveillance et les services rendus. Une part à la performance est aussi prévue.

interventionnelle. Les prises en charge chirurgicales, en particulier en ambulatoire, qui reposent sur des protocoles cliniques bien définis par la Haute Autorité de santé, constitueraient un champ d'expérimentation propice, comme la Cour l'a déjà souligné.

Deux options principales devraient être examinées à cet égard : la simple extension du périmètre des groupes homogènes de séjours pour intégrer des actes réalisés en amont et en aval de la prise en charge hospitalière, ou, de façon plus ambitieuse, la définition d'un forfait global pour les soins compris par exemple entre trois jours avant l'intervention et trente jours après la sortie de l'hôpital, ainsi que les éventuelles complications.

c) Des préalables importants

Le développement des financements au parcours ou à l'épisode de soins nécessite la réunion de conditions préalables qui supposent de résoudre les difficultés liées notamment au caractère fragmenté des prestations, à la faiblesse des études médico-économiques intégrant soins de ville et soins en établissements de santé et à la complexité de modélisation des parcours de prise en charge d'un patient souffrant d'une maladie chronique. Il implique le respect d'un parcours déterminé, sur le fondement des recommandations de bonnes pratiques et de l'état de l'art médical, ce qui limite nécessairement la liberté de choix du patient.

Il se heurte aussi à des difficultés concrètes de mise en œuvre telles que la détermination de l'enveloppe par prise en charge ou sa répartition par opérateur. Plusieurs options peuvent être envisagées à partir des exemples étrangers et des rares expérimentations menées en France.

La première consisterait à verser à un professionnel de santé pivot le forfait, qu'il s'agisse par exemple du médecin traitant ou d'un infirmier pour des patients chroniques ou de l'établissement de santé pour une intervention chirurgicale. Celui-ci procèderait ensuite à la répartition entre les autres intervenants sur une base contractuelle.

La deuxième option, adoptée dans le cadre du financement des parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie dit Paerpa, chargerait un opérateur national de verser ce forfait à chacun des prestataires de soins.

La troisième, qui s'inspire davantage du modèle américain, confierait à une infrastructure tierce la responsabilité de contractualiser avec des prestataires de soins pour définir les parcours et les modalités du

financement, dans la limite d'un forfait global. Cette piste semble aujourd'hui privilégiée par les pouvoirs publics qui comptent s'appuyer sur les communautés professionnelles territoriales de santé et les groupements hospitaliers de territoire issues de la loi de modernisation de notre système de santé. Elle présente cependant le risque de reproduire le cloisonnement des secteurs entre la ville et l'hôpital.

Des formules plus ambitieuses devraient être déployées pour les patients atteints de maladies chroniques et les interventions chirurgicales, en déterminant des enveloppes globales et modulables couvrant l'ensemble des prestations nécessaires (examens médicaux, transports sanitaires, médicaments) et les rémunérations de tous les professionnels de santé concernés.

2 - Mieux prendre en compte les objectifs de pertinence des soins

a) Développer les rémunérations forfaitaires en exercice libéral

Pour pouvoir peser sur les comportements des professionnels de santé et mieux prendre en compte les priorités de santé publique et d'organisation du système de soins, la part relative de la rémunération non fondée sur les actes qui n'est aujourd'hui que de 15 % chez les médecins, devrait être accrue, à l'instar des exemples étrangers.

Aux Pays-Bas, la rémunération de l'activité régulière des cabinets de médecins généralistes est assurée à 40 % par la capitation et à 40 % par des paiements à l'acte. En Suède, le paiement à l'acte pour les consultations représente moins de 10 % des rémunérations des médecins généralistes.

Pour être efficace, la rémunération à la performance, y compris celle sur objectif de santé publique, et au forfait devrait être assortie de contreparties précises et contrôlées. Développer la part des rémunérations forfaitaires permettrait ainsi d'apporter des réponses à des besoins de santé particuliers grâce à des forfaits liés aux caractéristiques de la patientèle, tout en prenant en compte un objectif de productivité, assuré par la rémunération à l'acte. La convention médicale de 2016 n'apporte pas de progrès décisifs à cet égard, malgré la création d'un forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients, indexé sur les

caractéristiques de la patientèle[156], qui se substituera aux différents forfaits existants : ce forfait est de fait accordé sans mesure de l'implication réelle des médecins bénéficiaires. Au-delà des seuls médecins, l'introduction d'un forfait de base pour le maintien à domicile des personnes dépendantes ou le traitement de certaines maladies chroniques, pour les auxiliaires médicaux, serait de nature à réguler la multiplication des actes dispensés quotidiennement à un même patient. Cette part d'honoraires accordés sous la forme d'un forfait par patient devrait être mise en œuvre à enveloppe financière constante par le redéploiement d'une partie des rémunérations à l'acte.

b) Compléter la tarification à l'activité de l'hôpital par une incitation plus forte à la qualité des soins

Si la T2A se révèle adaptée au financement des activités techniques, elle répond plus médiocrement aux enjeux de santé publique. Ainsi, le mode de financement du traitement de l'obésité tend à favoriser une prise en charge chirurgicale au détriment de la prévention et d'une approche globale incluant une dimension psychologique, comportementale et, le cas échéant, endocrinienne, dans la mesure où l'intervention chirurgicale est plus rémunératrice pour l'établissement.

Comme l'a mis en lumière l'enquête de la Cour sur la maîtrise des prescriptions hospitalières[157], la tarification à l'activité doit s'accompagner d'un renforcement des actions destinées à favoriser la juste prescription et la responsabilisation du corps médical, en renforçant en ce sens les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.

La généralisation en 2016[158], après une phase d'expérimentation entre 2012 et 2015, de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité constitue à cet égard un progrès. En fonction de critères qui s'appuient essentiellement sur les indicateurs de la Haute Autorité de Santé comme la tenue du dossier patient ou la lutte contre les infections nosocomiales, une

[156] Suivant l'âge et la présence ou non d'une affection de longue durée, le forfait varie de 5 à 70 € par an, avec une majoration calculée en fonction de la part des patients en CMUC.

[157] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VII, La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[158] LFSS pour 2016 et décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

dotation complémentaire comprise entre 15 000 € et 500 000 € est en effet versée à l'établissement. L'enveloppe, fixée en 2016 à 40 M€, montre toutefois, lorsqu'on le rapporte au total des dépenses de l'ONDAM hospitalier, soit 76,5 Md€ en 2016, que ce dispositif, au demeurant complexe, n'a encore qu'une portée symbolique. La montée en puissance de la rétribution de la qualité et des objectifs de santé publique reste donc à organiser.

3 - Assurer une régulation globale de l'activité en responsabilisant les professionnels de santé

a) Approfondir le mécanisme de la dégressivité tarifaire

Si le respect de l'ONDAM hospitalier est facilité par le mode de calcul des séjours, qui repose sur une régulation globale prix-volume, un mécanisme de dégressivité tarifaire a cependant été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Il s'agit d'individualiser la régulation prix-volume en pénalisant les augmentations d'activité les plus fortes, afin d'améliorer l'équité entre les établissements. À cet effet, un taux de minoration de 20 % est appliqué sur la valorisation financière de l'activité réalisée par l'établissement au-delà d'un certain seuil fixé chaque année au début de la campagne tarifaire.

Mis en œuvre pour la première fois en 2016, ce mécanisme a porté principalement sur des actes dont la pertinence n'était pas assurée. En chirurgie par exemple, les interventions ciblées sont celles retenues dans le programme national de gestion du risque consacré à la pertinence des soins comme la libération du canal carpien ou les ablations des amygdales.

Une plus grande marge de manœuvre devrait être accordée aux ARS dans la fixation des seuils d'activité au-delà desquels la minoration de 20 % est applicable, afin de tenir compte par exemple des conséquences de restructurations locales et des transferts d'activités entre établissements. Pourtant, la suppression de ce mécanisme en 2018 a été annoncée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

b) Mettre en place des enveloppes limitatives en médecine de ville en fonction des caractéristiques de la patientèle

La consommation de soins de ville est, quant à elle, plus difficile à maîtriser. Elle dépend en effet non seulement de l'activité des professionnels de santé, mais aussi de la demande de soins, en partie adressée par l'hôpital. Il n'existe pas aujourd'hui de mécanisme de régulation automatique des rémunérations en fonction des volumes, en dehors de la biologie.

Plus ambitieuse et plus structurante, la maîtrise des volumes qui viserait à responsabiliser les praticiens devrait être envisagée en s'inspirant de l'exemple allemand et de la recommandation formulée par la Cour en 2015 pour les auxiliaires médicaux. Cette recommandation consistait à instaurer une enveloppe de prescriptions par médecin en fonction des caractéristiques de sa patientèle, assortie de mécanismes de responsabilisation des prescripteurs et des dispensateurs permettant d'en assurer le respect. Pour être pleinement efficace, cet encadrement des dépenses devrait s'accompagner d'une responsabilisation accrue des professionnels de santé et d'une attention plus grande portée à la qualité des soins dispensés.

La mise en place d'enveloppes limitatives des remboursements par professionnel, calculées selon l'historique et les caractéristiques réelles de la patientèle, pourrait dans ce contexte renforcer la maîtrise des dépenses : au-delà du niveau de remboursement déterminé *a priori*, les tarifs unitaires s'ajusteraient automatiquement à la baisse, opérant ainsi un rééquilibrage entre les volumes d'actes et les prix.

Une telle régulation des volumes d'actes, associée à une régulation conventionnelle plus forte des installations et à la révision des champs de compétence des professionnels de santé, pourrait permettre de ménager à terme, malgré un cadre financier durablement contraint, des perspectives d'évolution positive des rémunérations individuelles dans le cadre d'une activité mieux maîtrisée.

II - Une répartition de l'offre de soins défectueuse

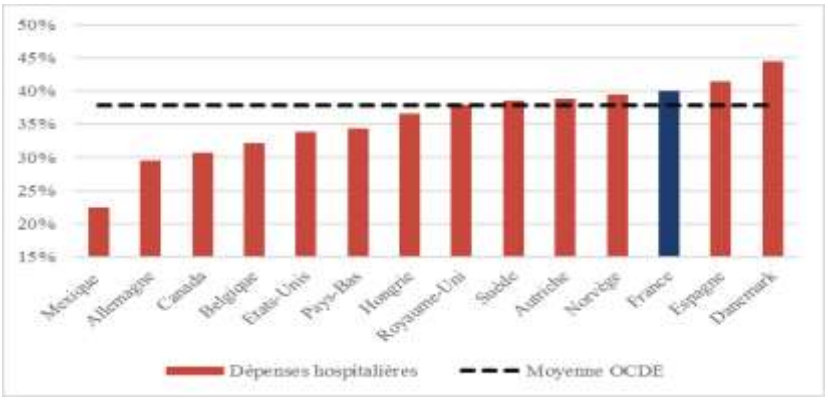
Des instruments rénovés d'organisation et de régulation de l'assurance maladie et du système de soins peuvent apporter des progrès

d'efficience significatifs. C'est toutefois par leur mobilisation au service d'une meilleure allocation des ressources que les gains les plus importants peuvent être réalisés, en luttant notamment contre les rentes de situation des différents acteurs.

A - Une prédominance coûteuse de l'hôpital

Avec 90,8 Md€ selon les comptes nationaux de la santé[159], la part des dépenses hospitalières en France représentait 4,2 % du PIB en 2015 (contre 3,3 % pour l'Allemagne en 2014). La part de l'hôpital dans les dépenses totales de santé s'élève à 40 % en France, contre 29 % pour l'Allemagne en 2015.

Graphique n° 11 : poids des dépenses hospitalières dans les dépenses courantes de santé dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE 2015.

Cette prédominance est coûteuse dans la mesure où, en raison des charges de structure, des coûts de personnel et d'amortissement des équipements, les dépenses engagées par patient sont très supérieures en établissement de santé par rapport à la ville.

L'exemple de l'insuffisance rénale chronique terminale l'illustre. Si le coût annuel moyen d'un patient était de 44 800 € en 2013, il atteignait

[159] À rapprocher des 103,8 Md€ des soins ambulatoires dont 34 Md€ pour les médicaments et 4,6 Md€ pour les transports sanitaires.

65 091 € pour une personne dialysée[160]. Or, la prise en charge de ces derniers reste majoritairement assurée en centres, qu'ils soient publics, privés ou privés à but non lucratif[161] (78 %), et très minoritairement au domicile (moins de 5 %)[162]. Ainsi, sur une dépense totale de 3,8 Md€ en 2013, 68 % étaient attribuables aux soins hospitaliers et 18 % aux transports sanitaires. Une prise en charge plus efficiente permettrait donc, comme l'a souligné la Cour en 2015[163], d'améliorer de manière très significative la qualité de vie des patients, tout en réduisant à moyen terme les dépenses associées de l'ordre de 900 M€ par an.

Cette tendance à dispenser les soins de façon préférentielle en établissement se conjugue avec des problématiques d'efficience dans les prises en charge dont les enjeux, en termes de qualité de vie pour les patients et de moindres dépenses pour l'assurance maladie, peuvent être importants, comme l'a montré la Cour : la durée moyenne des séjours (DMS) en maternité pour un accouchement par voie basse sans complication (4,2 jours), bien qu'en baisse lente, reste supérieure de 40 % à la moyenne de l'OCDE (3 jours). La réduction d'un jour de la DMS pour atteindre la moyenne de l'OCDE représenterait une économie annuelle de 287 M€[164]. Les retards dans le développement de la chirurgie ambulatoire, dont les coûts sont nettement moins élevés que les prises en charge conventionnelles, sont eux aussi persistants, malgré les objectifs ambitieux affichés de 60 % des interventions à l'horizon 2020. La diminution d'un jour et demi de la durée moyenne de séjour pour les prothèses du genou et de la hanche, qui poursuivrait la tendance observée depuis 2012, génèrerait une économie annuelle de 45 M€ selon les estimations de la CNAMTS[165].

[160] Hors coût de la greffe elle-même (75 270 € selon la CNAMTS).
[161] Le secteur privé non lucratif réalise 80 % des dialyses hors centre.
[162] Rapport Charges et produits de la CNAMTS pour 2015.
[163] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre X : L'insuffisance rénale chronique terminale : favoriser des prises en charge plus efficientes. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr
[164] Estimation calculée à partir du nombre total de séjours pour un accouchement par voie basse sans complication en 2015 (données ATIH), d'une DMS à 4,08 jours (2015) et des coûts moyens de séjours calculés par l'ATIH dans « Les coûts des prises en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique », 2012.
[165] Propositions de l'assurance maladie pour 2018, CNAMTS, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2017.

B - Une répartition perfectible des équipements lourds

Une répartition inadéquate des plateaux techniques (blocs opératoires ou équipements d'imagerie médicale, qui sont des dispositifs très coûteux financés pour l'essentiel par l'assurance maladie) peut, au-delà des inégalités d'accès à des soins de qualité qu'elle génère, induire des dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie. Différents exemples peuvent l'illustrer.

1 - La chirurgie robot-assistée, un développement rapide sans aucun suivi par les pouvoirs publics

Le développement récent de la chirurgie robot-assistée en France illustre l'absence de régulation et de vision stratégique par les pouvoirs publics. Les premiers établissements de santé se sont dotés de robots au début des années 2000 ; ils étaient 39 à être équipés en 2011 mais 96 seulement en juin 2016 pour les seuls robots da Vinci®, selon l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits sanitaires. Les robots étant des dispositifs médicaux et non des équipements lourds soumis à autorisation, les établissements de santé ont toute latitude pour investir dans cette nouvelle technologie, mais le coût d'acquisition (2 M€) et de maintenance (150 000 € annuellement) est loin d'être négligeable, étant précisé qu'au bout de dix ans la maintenance n'est plus assurée.

La direction générale de l'offre de soins n'a saisi la Haute Autorité de Santé qu'en juin 2014, soit près de quinze ans après l'installation des premiers robots en France, pour une évaluation technologique des dimensions cliniques et organisationnelles de la chirurgie robot-assistée. Dans le cadre de cette évaluation centrée sur la prostatectomie totale, cette dernière a considéré « qu'aucune technique chirurgicale d'une prostatectomie totale n'est supérieure par rapport aux autres au vu des données actuellement disponibles, que ce soit sur le plan carcinologique ou fonctionnel » malgré une légère réduction des durées d'hospitalisation et des gestes moins invasifs pour le patient. Cette technologie implique par ailleurs des contraintes d'organisation importantes pour les établissements dans la gestion et la maîtrise des risques comme dans l'architecture du bloc opératoire et dans son temps d'occupation. Une intervention robot-assistée représente un coût supplémentaire de 2 000 € par rapport à une

laparoscopie conventionnelle[166]. De plus, il n'existe encore aucun critère standard ou recommandation de bonne pratique pour la réalisation d'une intervention robot-assistée.

Alors que la chirurgie robot-assistée est aujourd'hui une technique mini-invasive en plein essor, dans certains domaines d'activité comme l'urologie, ses bénéfices médico-économiques n'ont pas été analysés. Elle n'est ni régulée ni suivie par les pouvoirs publics en France, alors qu'au Royaume-Uni l'Institut national pour l'excellence clinique (*National Institute for Clinical Excellence*, NICE) recommande que leur installation soit limitée aux établissements réalisant plus de 150 prostatectomies totales par an. Or, les enjeux financiers sont importants : 336 M€ sans compter les dépenses induites par les interventions[167].

2 - La faiblesse des instruments de régulation en imagerie médicale

Comme la Cour l'a constaté[168], la régulation des installations des équipements lourds d'imagerie médicale par les pouvoirs publics n'est pas à la hauteur des enjeux d'optimisation de l'utilisation de plateaux techniques coûteux.

La répartition territoriale des équipements d'imagerie est loin d'être optimale, même si elle s'est améliorée dans la période récente. Depuis 2010, le taux d'équipement en IRM ou en scanners a, en effet, progressé dans toutes les régions à l'exception des départements d'outre-mer, pour atteindre 2,8 scanners et 2 IRM pour 200 000 habitants en moyenne en 2015. Les disparités départementales restent accusées, le taux d'équipement en scanner variant de 0,9 en Haute-Loire et à Mayotte à 5,2 en Corse du Sud et celui d'IRM de 0,6 dans le Cher et la Mayenne à 3,6 à Paris.

Cet effort global de rattrapage, engagé depuis 2010 et financé par l'assurance maladie, a plus largement profité au secteur privé lucratif et aux structures de coopération de droit privé. Il n'a pas empêché de

[166] Intervention qui consiste à explorer la cavité abdominale à l'aide d'un dispositif muni d'une micro-caméra, aussi appelée cœlioscopie.

[167] Ce montant correspond au coût d'acquisition d'un robot et de dix ans de maintenance, multiplié par le nombre de robots aujourd'hui installés en France, selon les données de l'ANSM.

[168] Cour des comptes, *L'imagerie médicale*, Communication à la communication des affaires sociales du Sénat, mai 2016, 163 p., disponible sur www.ccomptes.fr

maintenir des rentes de situation tout en exerçant une pression inflationniste sur les dépenses. Ces dernières évoluent en effet de façon différenciée selon les techniques utilisées et les secteurs concernés. Comme le constate l'assurance maladie, l'efficience du parc d'imagerie médicale peut encore progresser, en particulier pour l'imagerie ostéoarticulaire. Les nouveaux appareils permettraient de générer 50 € d'économie par acte pour un volume total de deux millions d'actes concernés, soit une économie possible de 100 M€.

Le premier instrument de meilleure adéquation entre offre et besoins en imagerie médicale réside dans les schémas régionaux d'organisation des soins qui comportent des taux d'équipements cibles. Ceux-ci diffèrent selon les régions, sans explication apparente : de 11 IRM par million d'habitant en Pays-de-la-Loire à 19 en Île-de-France. Ces différences, qui ne se justifient ni par des diagnostics territoriaux des équipements disponibles ni par des besoins de la population suffisamment documentés, montrent l'intérêt qui s'attache à mettre en place un cadrage national assis sur des critères objectifs et sur une connaissance fine du parc d'imagerie et à le faire respecter.

La régulation s'appuie ensuite sur le régime des autorisations administratives préalables qui ont vocation à contrôler le développement quantitatif de l'offre en raison des coûts induits. Cette procédure est lourde pour les établissements qui sont astreints au dépôt d'une demande pour chaque équipement, y compris pour son renouvellement, mais est en définitive peu contraignante. Les refus de renouvellement d'autorisation par les ARS sont en effet très rares. De plus, la liste des équipements soumis à autorisation préalable souffre d'un défaut d'actualisation de sorte que les scanners doivent être autorisés, en dépit de la baisse de leur prix, alors que les tables de radiologie conventionnelle numérisées ne le sont pas. Surtout, la Cour a constaté que le régime des autorisations aux conditions en vigueur ne procure pas de garanties sur les modalités d'utilisation effective des équipements. Celles-ci restent très dépendantes des ressources humaines disponibles et des choix d'organisation des établissements de santé, qui ne sont pas concernés par les autorisations.

Une politique structurante doit être définie en matière d'équipements lourds. Les économies qui en résulteront permettront de réallouer des ressources financières et humaines et de dégager des marges de manœuvre pour faire face au progrès rapide des techniques et de l'innovation. La réforme du régime des autorisations dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé devrait être mise à profit pour développer la mise en commun des équipements et des plateaux techniques

en recherchant une complémentarité des techniques et l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, comme l'a recommandé la Cour.

C - Des initiatives infructueuses pour renforcer la complémentarité des professions de santé

Alors que la rapidité de l'évolution des techniques et la complexité des pathologies requièrent une coordination souple et évolutive des professionnels de santé, leur organisation est rigidifiée par le cloisonnement des règles de compétence. Celui-ci est beaucoup plus fort en France qu'au Royaume-Uni ou en Espagne où les professions sont définies par leurs missions et leur contribution au système de santé. En France, elles bénéficient de ce fait d'importantes rentes de situation.

De plus, la liste des professions de santé figurant dans le code de la santé publique a peu évolué depuis 2000. Elle n'a été, en effet, modifiée qu'à deux reprises pour introduire en 2015 la profession de diététicien et en 2016 celles de physicien médical, de dosimétriste et d'assistant dentaire.

1 - Des professions de santé trop cloisonnées

Les professions reconnues par le code de la santé publique ont, chacune, un parcours distinct tant en termes de formation que de mode d'exercice, de rémunération, d'implantation géographique et de pratiques professionnelles. Elles se caractérisent toutes cependant par la même rigidité du corpus juridique pour l'encadrement de leurs modalités d'exercice, par dérogation au monopole médical d'intervention sur le corps humain. L'article L. 4161-1 du code de la santé publique relatif à l'exercice illégal de la médecine autorise des dérogations dans des conditions prévues par décret après avis de l'Académie nationale de médecine. La répartition des tâches entre professionnels de santé procède donc par exclusion progressive et restriction de l'autonomie, en partant du médecin, ce qui aboutit à un système cloisonné et peu mobile.

Des actes identiques peuvent, en outre, aujourd'hui être effectués par plusieurs professionnels de santé pour des tarifs différents. C'est le cas de la rééducation périnéo-sphinctérienne qui peut être pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes (17,2 €) ou par les sages-femmes (19,6 €). On peut aussi citer la rééducation vestibulaire qui peut être pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes (15,05 €) et par les médecins, en particulier les ORL et les généralistes (48,51 €). De même, le bilan des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels est inscrit à

la NGAP pour les orthoptistes (26 €) et à la CCAM pour les ophtalmologues (25,30 €).

Ces trois exemples montrent qu'il n'y a pas de logique d'ensemble, ce qui aboutit à des valorisations différentes pour les mêmes actes. Il en résulte à la fois des surcoûts pour l'assurance maladie et des complexités pour les patients sans justification autre que l'organisation cloisonnée par profession des commissions de hiérarchisation des actes et prestations. Une approche transversale et pluri-professionnelle apparaît, dans ces conditions, souhaitable pour les actes partagés afin de déterminer le niveau de tarification approprié pour chaque catégorie de professionnels ou à défaut de les tarifer de manière identique.

La spécialisation accrue des médecins

L'augmentation continue du nombre de spécialités chez les médecins vient tempérer l'omnivalence qui leur est reconnue[169] et rendre plus aigus les problèmes d'adéquation de l'offre aux besoins. En effet, l'inscription à l'ordre des médecins, nécessaire pour exercer, se fait sur le fondement d'une spécialité, qui emporte ensuite l'exercice exclusif dans cette même spécialité et l'accès aux avantages conventionnels. Or, le nombre de spécialités reconnues est passé de sept à quarante-quatre aujourd'hui[170]. De plus, le poids relatif des médecins spécialistes par rapport aux médecins généralistes ne cesse d'augmenter. Leur nombre durablement accru a des conséquences sur l'organisation de l'offre de soins.

Comme le souligne l'Académie nationale de médecine[171], ce mouvement de spécialisation est intimement lié aux progrès de la médecine et participe d'une meilleure prise en charge des patients. Il pose cependant question dans la mesure où il renforce l'émiettement des ressources médicales rares et contribue à rigidifier les modes de prise en charge.

[169] Conformément à l'article R. 4127-70 du code de la santé publique et à l'article 70 du code de déontologie, « tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ».

[170] Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formations des diplômes d'études spécialisées, pris dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales.

[171] Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 19 janvier 2010, rapport « Les formations médicales spécialisées », cité par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

En outre, certains médecins[172] ont développé un exercice particulier comme en allergologie, en nutrition, en homéopathie ou en médecine du sport. Ils représentaient, en 2014, 11,6 % des médecins généralistes sans qu'il soit possible de déterminer avec précision leur contribution à la prise en charge du premier recours.

2 - Les compétences insuffisamment utilisées des auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux sont réglementairement et déontologiquement tenus de n'accomplir que les actes inscrits sur une liste préétablie, par décret dit de compétence, qui vaut pour toute la profession quel que soit le mode d'exercice, sous réserve de dispositions particulières. Malgré l'évolution des techniques et des formations, le périmètre légal d'intervention des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes a peu évolué depuis vingt ans.

Le législateur a élargi à trois reprises le champ de compétence des infirmiers, ouvrant ainsi le droit de prescrire et de vacciner sous conditions. Le décret n°2012-851 du 4 juillet 2012 a pris acte de l'évolution des pratiques en élargissant les actes susceptibles d'être pratiqués par les infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers anesthésistes. En revanche, le décret de compétence des masseurs-kinésithérapeutes n'a pas évolué depuis 1996, jusqu'à l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé.

Les décrets d'acte qui sont des décrets en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et du Haut conseil pour les professions paramédicales sont inadaptés aux évolutions des pratiques professionnelles. Leur mode de révision obéit à une procédure trop lourde, sans vision stratégique à moyen terme. Cette inadéquation est renforcée par l'absence d'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels d'actes pourtant autorisés, ce qui génère une distorsion entre l'exercice salarié et l'exercice libéral d'une même profession puisque, dans la pratique, seuls les premiers pourront pratiquer les actes en question. C'est le cas par exemple pour la préparation des piluliers ou l'analgésie sur cathéter péri-nerveux pour les infirmiers. Il importe d'assurer la mise en cohérence des décrets d'acte avec l'évolution des pratiques reconnues et les innovations. Il faut ensuite en tirer les conséquences en termes de nomenclature.

[172] Titulaires de capacités ou de diplômes complémentaires.

3 - Des délégations d'actes et des pratiques avancées à la portée limitée

Le principe du transfert d'activité ou d'actes entre professionnels de santé au-delà de leur champ de compétence a été autorisé par l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)[173]. Ces protocoles dérogatoires visent notamment à réduire les délais de prise en charge et à prévenir les ruptures dans les parcours de soins, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins, comme dans la filière visuelle. Ils peuvent apporter un service supplémentaire et nouveau, en particulier pour les maladies chroniques ou dégénératives comme dans les consultations infirmières de suivi pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer en alternance avec les consultations médicales. Il s'agit aussi de dégager du temps médical d'expertise clinique pour les cas complexes en confiant par exemple sous conditions les échographies aux manipulateurs en électroradiologie médicale dans les établissements hospitaliers.

Ce dispositif dérogatoire souffre pourtant de sa lourdeur persistante, malgré les améliorations apportées par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 et 2014. Son champ d'application est le plus souvent très limité, et consiste le plus souvent à régulariser au plan juridique des glissements de tâches entre professionnels, exerçant essentiellement à l'hôpital, sans possibilité de transfert au sein du secteur ambulatoire, faute de modèle économique. Parmi les vingt-cinq protocoles mis en œuvre, six thématiques, qui n'ont plus rien d'innovant, se démarquent par leur déploiement national : l'ophtalmologie, l'échographie, le prélèvement de cornées, le suivi de patients diabétiques par smartphone, la vaccination et Asalée.

[173] Dans le prolongement de l'article 131 de la loi du 9 août 2004 et des « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », Observatoire national de la démographie des professions de santé, juin 2006.

Asalée, une expérimentation prometteuse de coopération entre médecins généralistes et infirmiers

Le dispositif « Action de Santé libérale En Équipe » est né en 2004 de l'initiative de médecins généralistes, avec le soutien de l'Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux de Poitou-Charentes, afin d'améliorer la prise en charge des malades chroniques. Il a été inclus dans les expérimentations dites Berland de 2003 sur le transfert de compétences entre professionnels de santé, puis dans les protocoles de coopération de l'article 51 de la loi HPST et a bénéficié des expérimentations des nouveaux modes de rémunération en 2012.

Ce protocole concerne aujourd'hui deux dépistages (troubles cognitifs et broncho-pneumopathie chronique obstructive du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète et risque cardio-vasculaire), incluant la prescription, la réalisation et l'interprétation de certains examens par l'infirmier. Il est mis en œuvre dans seize régions par 487 professionnels de santé, avec un coût total de 13,4 M€ pour 330 000 patients suivis.

Selon une évaluation de l'IRDES[174], des bénéfices cliniques pour les patients diabétiques existent, notamment lorsque les infirmiers réalisent leur accompagnement thérapeutique sans coût significatif supplémentaire pour l'assurance maladie. Un infirmier affecté à temps plein à un groupe de cinq médecins devrait générer une économie de 72 à 80 jours de temps médical si le dispositif Asalée était généralisé.

Ces protocoles représentent incontestablement une étape dans la mutation des pratiques professionnelles. Cependant, dès lors qu'ils autorisent surtout la réalisation d'actes techniques isolés, ils ne contribuent pas suffisamment à l'évolution structurelle des compétences entre les professions de santé.

Par ailleurs, la notion de pratique avancée, telle qu'elle est issue de l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé, doit combler un vide entre l'auxiliaire médical et le médecin. Les conditions très strictes qui encadrent cette pratique sont toutefois de nature à en réduire la portée.

[174] *La coopération médecins généralistes/ infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2*, Questions d'économie de la santé n° 136, novembre 2008.

Les pratiques infirmières avancées dans 12 pays membres de l'OCDE

Le développement des pratiques infirmières avancées vise à améliorer l'accès aux soins, dans un contexte où l'offre de médecins se contracte, et la qualité des soins grâce à la diversification des services de santé fournis aux patients. Il contribue aussi à contenir les coûts, à court terme par le transfert d'actes réalisés par des médecins à des infirmiers en pratiques avancées qui ont des rémunérations moindres, et à moyen ou long terme par l'amélioration de la qualité des soins dans le but d'éviter des hospitalisations et réduire les complications médicales.

Dans les pays anglo-saxons par exemple, les infirmiers praticiens réalisent des soins primaires en substitution des médecins avec un objectif de réduction des délais, d'amélioration de l'accès aux soins et éventuellement de réduction des coûts. Pour leur part, les infirmiers cliniciens, en établissement hospitalier le plus souvent, ont développé une expertise clinique spécifique. Selon le Service national de santé britannique (*National Health Service*, NHS), l'autorisation de la vaccination contre la grippe et la pneumonie par les infirmiers aurait permis une réduction des coûts, estimée à 89 M£ (69,5 M€) pour le seul secteur de la cardiologie. Les infirmiers cliniciens en cancérologie permettraient d'économiser 39 M£ (30,5 M€) par an.

Une révision du mécanisme de l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire », permettrait d'accélérer les procédures, aujourd'hui éclatées entre les équipes de professionnels, les ARS, la Haute Autorité de Santé et le collège des financeurs, et d'en rendre les résultats plus facilement utilisables et généralisables, en privilégiant des protocoles nationaux. Une action plus forte des pouvoirs publics en matière de pratique avancée est souhaitable pour lutter contre les déserts médicaux et au regard des gains d'efficience qu'elle recèle.

D - Une aggravation des disparités territoriales, résultat de l'absence de volonté politique

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un enjeu majeur d'accès aux soins et d'efficience du système de santé, en premier lieu celle des médecins et des auxiliaires médicaux les plus nombreux, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Ces déséquilibres sont par ailleurs extrêmement coûteux pour la collectivité.

1 - Des professionnels de santé libéraux très mal répartis par rapport aux besoins de soins[175]

a) Une croissance continue des effectifs

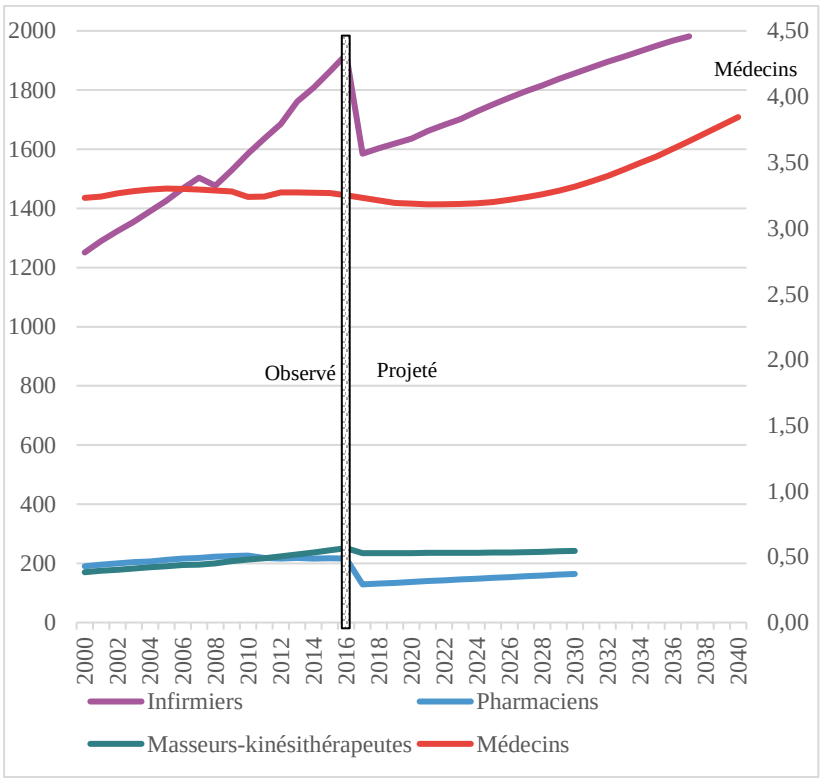
À l'exception des chirurgiens-dentistes[176] dont le nombre est resté stable, les effectifs ont progressé depuis quinze ans dans la plupart des professions de santé, de 13,6 % pour les professionnels médicaux[177] et de 73,4 % pour les auxiliaires médicaux à périmètre constant. En particulier, les effectifs de médecins ont augmenté depuis les années 1980, davantage que la population française, mais de manière moins dynamique cependant depuis 2005 en raison de l'inflexion de la courbe du nombre de médecins généralistes.

Selon les dernières projections démographiques réalisées par la DREES, les effectifs de médecins devraient légèrement diminuer jusqu'en 2019 avant de repartir à la hausse. Il y aurait alors 281 000 médecins en 2040. S'agissant des auxiliaires médicaux, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes atteindrait 114 000 en 2030 et celui des infirmiers 707 000 infirmiers à cette même date. Cette tendance est comparable à celle observée dans presque tous les pays membres de l'OCDE qui ont vu notamment le nombre de médecins augmenter dans l'absolu et par habitant.

La densité médicale devait suivre le même mouvement, avec une baisse jusqu'en 2021 avant de remonter pour retrouver le niveau de 2016 en 2028 comme l'illustre le graphique ci-dessous.

[175] Voir annexe n° 1 sur la démographie des professions de santé et Portrait des professionnels de santé, édition 2016, DREES.
[176] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VI : Les soins bucco-dentaires, une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p. 245. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr
[177] Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

Graphique n° 12 : évolution des densités de certains professionnels pour 100 000 habitants (de 2000 à 2040)



Source : données DREES (RPPS et Adeli), INSEE. Modèle de projection en 2005 pour les pharmaciens, en 2011 pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en 2016 pour les médecins.

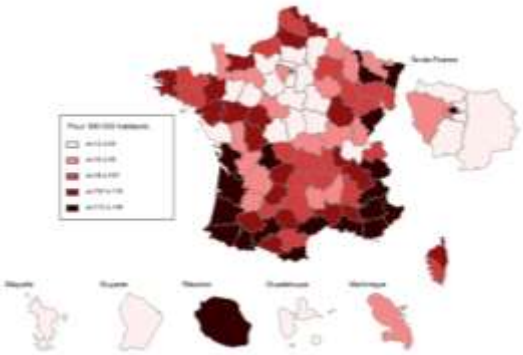
b) Des déséquilibres de répartition flagrants et croissants

Si la démographie des professions de santé est globalement en hausse, les choix géographiques d'installation en soins de ville ne sont en rien corrélés aux besoins objectivés de soins ni à des caractéristiques socio-démographiques de la population ou à des particularités épidémiologiques. En France métropolitaine, l'écart de densité des médecins généralistes libéraux au regard de la population va du simple au double entre départements. La répartition la plus déséquilibrée est toutefois celle des médecins spécialistes pris globalement, pour lesquels l'écart va de 1 à 8. Pour les professions prescrites, l'écart de densité entre départements se

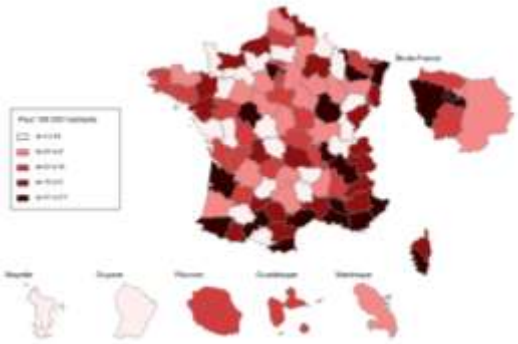
situe dans un rapport de 1 à 7,5 pour les infirmiers, de 1 à 4,5 pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les densités sont globalement beaucoup plus fortes sur l'arc méditerranéen et en Corse, dans le Sud-Ouest, à Paris et dans la proche couronne, ou en Alsace.

Les plus fortes inégalités de répartition sont toutefois infra-départementales : les concentrations de professionnels de santé libéraux sont à la fois littorales et urbaines. Les zones délaissées sont rurales et suburbaines, notamment, pour ce dernier cas, dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Carte n° 1 : densité départementale des médecins généralistes libéraux ou mixtes en 2016



Carte n° 2 : densité départementale des médecins spécialistes libéraux ou mixtes en 2016



Source : Données DREES (RPPS), retraitées par la Cour.

Les disparités dans l'implantation territoriale des professionnels de santé libéraux n'ont cessé de s'accentuer. Des dix départements les mieux dotés en médecins généralistes en 2000, neuf sont les mêmes en 2016. Des dix départements les moins dotés, six sont les mêmes[178].

[178] Voir annexe n° 2.

2 - Des disparités territoriales coûteuses pour les patients et l'assurance maladie

a) Le lien entre dépenses de soins et densité de professionnels de santé

La mauvaise répartition territoriale des professionnels libéraux au regard des besoins de santé affecte les pratiques professionnelles et soulève de ce fait même la question de la pertinence des actes, voire parfois de leur régularité, dès lors que se constate une demande induite dans les zones sur-dotées, ce que la littérature académique vient confirmer[179].

Alors que l'importance de ce problème est avérée, que ses conséquences potentielles sur l'accès aux soins et sur les dépenses de l'assurance maladie sont considérables, ni le ministère de la santé, ni la CNAMTS n'ont déployé beaucoup d'efforts pour l'approfondir, en dehors d'études anciennes[180] ou ponctuelles[181], en tout état de cause rarement conclusives et utiles pour le pilotage de la dépense. Cette tâche devrait donc être reprise et approfondie. La Cour s'est pour sa part, depuis plusieurs années, attachée, à partir des éléments collectés au cours de ses enquêtes sur les professions de santé et à nouveau à l'occasion de ce rapport, à procéder à cet examen. Elle[182] a ainsi relevé que les actes d'hygiène

[179] Voir notamment DELATTRE, E, DORMONT, B, *Fixed fees and physician-induced demand : a panel data study on French physicians*, Health economics, juin 2003. Également : GRUBER, J, OWINGS, M (1996), Rand Journal of economics, vol 26 n° 1, ROCHAIX, L et JACOBZONE, S, (1997*) L'hypothèse de demande induite : un bilan économique*, Economie et prévision, n° 129-130, NGUYEN, N et DERRICK, F, *Physician behavioral response to a medicare price reduction*, Health services research, vol 32 (3) et plus récemment PILORGE, C, *in* Réguler le marché de ville du médicament français : trois essais de microéconomie appliquée, Économie et finances, Université de Paris-Est, 2016.

[180] EXPERT, Aude, LÊ, François, TALLET, Frédéric, *Les disparités départementales des dépenses de santé*, Comptes nationaux de la santé, p. 27, 2008, complété *par Disparités régionales des dépenses de santé publique et des dépenses remboursées en soins de ville*, PLFSS 2014, annexe 7.

[181] Les rapports « charges et produits » de la CNAMTS de 2013 et 2015 abordent les professions des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes.

[182] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre IX, Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

corporelle représentent une part croissante de l'activité des infirmiers libéraux quand leur densité augmente, alors que, pour les masseurs-kinésithérapeutes, c'est la longueur des séries d'actes qui est affectée. Ce phénomène s'observe aussi pour les médecins libéraux, qu'ils soient généralistes, à exercice particulier ou spécialistes, puisque la dépense par habitant et le nombre de consultations augmentent avec leur densité[183]. Pour les spécialistes en exercice libéral, plus la densité est élevée, plus les installations en secteur 2 sont importantes[184]. De même, il y a une forte corrélation positive entre la densité des médecins libéraux et les dépenses de médicaments par habitant[185].

L'inflation constatée du nombre d'actes a un impact significatif sur le niveau des dépenses d'assurance maladie. Les disparités sont marquées dans les consommations de soins de ville : en 2015, la dépense de soins ambulatoires va de 944 € par habitant en Mayenne à 1 829 € dans les Bouches-du-Rhône sans que l'état sanitaire de leur population présente des écarts aussi notables. Si la population en affection de longue durée est supérieure dans les Bouches-du-Rhône (21,7 % contre 14,6 % en Mayenne), le taux de mortalité brut[186] y est inférieur (8,9 pour 1000 habitants contre 9,9 en Mayenne) et l'espérance de vie comparable[187].

Le cas des auxiliaires médicaux est également illustratif : alors que la dépense (8,9 Md€ en 2015) liée aux soins infirmiers et de masso-kinésithérapie s'accroît rapidement, les écarts de densité se creusent entre départements avec pour corollaire des dépenses par habitant qui varient fortement : 64 € par habitant et par an en Mayenne contre 354 € en Martinique, avec une densité d'infirmiers pour 100 000 habitants de 109 en Mayenne contre 399 en Martinique.

[183] PILORGE, C., et ROCHET, J., *Effet de la concurrence entre médecins généralistes sur la prescription de médicaments*, 2016.
[184] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre V, La médecine libérale de spécialité. La Documentation française, septembre 2017, p. 213, disponible sur www.ccomptes.fr
[185] Voir annexe n° 3 pour une présentation détaillée de ces corrélations.
[186] Il s'agit du nombre de décès de l'année, rapporté à la population totale moyenne de l'année. L'INSEE calcule aussi un taux de mortalité standardisé des 65 ans ou plus, qui est de 37,6 pour 1000 habitants en Mayenne et de 37,5 dans les Bouches-du-Rhône.
[187] Dans les Bouches-du-Rhône, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 79,4 ans et de 85,1 ans pour les femmes alors qu'elle est respectivement de 79,6 et 85,6 en Mayenne.

b) Les enjeux d'efficience

Aucune étude du ministère de la santé ou de la CNAMTS n'est disponible sur l'estimation des surcoûts imputables à cette discordance entre offre et besoins. La Cour s'est essayée à donner un ordre de grandeur de l'enjeu en termes de gains d'efficience possibles.

Méthode utilisée pour évaluer les enjeux d'efficience associés à la répartition des professionnels de santé libéraux

La Cour a construit une démarche en deux temps, qui est détaillée dans l'annexe n° 3 qui rappelle également les limites d'interprétation des résultats.

Dans une première étape, elle a vérifié les liens de corrélation entre huit compartiments de dépenses de santé (omnipraticiens[188], spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, indemnités journalières, médicaments, biologie, dispositifs médicaux) et la densité des praticiens de quatre professions de santé : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, omnipraticiens et spécialistes. Il ressort de cet examen statistique que les quatre premières catégories de dépenses sont liées à la densité des professionnels de santé libéraux.

Dans un deuxième temps, elle a, sur le champ de dépenses ainsi délimité, essayé d'approcher les enjeux d'efficience liés à une meilleure répartition des professionnels de santé concernés de deux façons :

- en comparant à la dépense constatée celle qui résulterait de l'application du niveau de dépense des quatre-vingt-un départements les moins dépensiers aux vingt qui le sont le plus (méthode n°1),
- en comparant les dépenses des quinze, puis des trente départements qui sont le plus proches de la densité de professionnels de santé moyenne (méthode n° 2).

Les résultats auxquels elle parvient doivent être considérés avec prudence compte tenu de la difficulté à définir les besoins standard de santé d'une population donnée.

[188] Les omnipraticiens regroupent tous les médecins généralistes y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) tels que l'acupuncture, l'homéopathie, ou la médecine du sport.

Tableau n° 2 : évaluation de l'enjeu d'efficience associé à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire

Méthode utilisée	Dépenses concernées, en Md €	Évaluation de l'enjeu d'efficience, en Md€	Évaluation de l'enjeu en pourcentage des dépenses concernées
Méthode n° 1	24,82	3,2	12,9 %
Méthode n° 2 (15 départements, 30 départements)		[0,92 ; 1,43]	[3,7 % ; 5,8 %]

Source : calculs Cour des comptes sur la base des données brutes de l'assurance maladie.

Ces évaluations mettent cependant en évidence l'ampleur des enjeux afférents à une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins, soit entre 920 M€ et 3 200 M€, et la nécessité en tout état de cause de prendre sans tarder des mesures pour l'améliorer.

Des enjeux similaires existent pour les activités réalisées en établissements de santé, par exemple pour les interventions chirurgicales. Ramener à la moyenne nationale le taux standardisé de recours à la chirurgie des cinq départements les plus élevés dégagerait ainsi une marge d'optimisation de 324 M€ par an[189].

3 - Des mesures correctrices notoirement insuffisantes

Les politiques visant à corriger les inégalités de répartition se sont développées en France depuis le milieu des années 2000, selon une logique essentiellement incitative. Éclatées entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, elles sont coûteuses au regard des faibles résultats obtenus.

[189] Montant estimé par l'application aux séjours surnuméraires d'un montant moyen de prise en charge de 2 751 €, pour les données d'activité 2015.

a) Les limites du numerus clausus *et des quotas de formation*

À l'instar de ce qui se pratique dans la plupart des pays membres de l'OCDE, les principales professions de santé font l'objet d'une régulation par les flux de formation, en ouvrant à l'entrée des établissements de formation un nombre limité de places. C'est ce qu'on appelle le système du *numerus clausus* en vigueur pour les professions médicales et des quotas pour six professions paramédicales[190]. La légitimité en est périodiquement contestée[191].

Depuis son instauration en 1971, le *numerus clausus*[192] a vu ses objectifs et son champ d'application progressivement s'élargir : cantonné à l'origine à une régulation quantitative du nombre de places en médecine en fonction des capacités de formation et d'accueil des établissements hospitaliers universitaires, il a visé par la suite à prendre en compte les besoins de la population, puis à remédier aux inégalités géographiques[193]. Il peine cependant aujourd'hui à remplir ses objectifs en termes de régulation quantitative et territoriale.

L'efficacité du *numerus clausus* et des quotas de formation se trouve en effet amoindrie par l'afflux de professionnels à diplôme étranger, qui représentent un quart des nouvelles inscriptions à l'Ordre des médecins chaque année depuis 2007-2008, 30 % des inscriptions comme orthophonistes, un tiers de celles des chirurgiens-dentistes et 40 % de celles masseurs-kinésithérapeutes. En 2015, 10 % des médecins[194], 20 % des masseurs-kinésithérapeutes et 15 % des orthophonistes en exercice ont ainsi un diplôme étranger.

---

[190] Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, audioprothésistes et orthoptistes.

[191] L'Inspection générale des finances (IGF) a proposé de les supprimer pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux, in « Les professions réglementées », rapport n°2012 R057 03, IGF, mars 2013, pp. 51 et 52. La conférence nationale des doyens de médecine juge aussi, dans sa contribution à la Grande conférence de santé de février 2016, que le *numerus clausus* dans sa forme actuelle doit être abandonné, car il n'est pas un régulateur fiable de la démographie médicale, ni un outil efficient de répartition territoriale des futurs médecins et apparaît inéquitable au regard de son contournement.

[192] Pour une analyse socio-historique détaillée du *numerus clausus* en France, voir *La Hantise du nombre : une histoire des numerus clausus de médecine*, MO Déplaude, Les Belles lettres, 2015.

[193] Article L. 631-1 du code de l'éducation modifié par la loi du 7 juillet 2009.

[194] 14 % des spécialistes et 5 % des médecins généralistes.

En outre, les décisions sur le *numerus clausus* et les quotas s'appuient sur des projections démographiques trop peu fréquemment actualisées et non territorialisées et sur un recensement des besoins qui se limite pour l'essentiel à ceux des établissements hospitaliers. Elles obéissent aussi essentiellement à une logique de formation initiale d'une seule catégorie de professionnels de santé sans mise en relation avec les enjeux d'amélioration de l'offre de soins dans un contexte de fortes contraintes budgétaires. Ainsi, le nombre de places aux épreuves classantes nationales en gynécologie est défini sans prendre en considération le *numerus clausus* des sages-femmes et l'extension de leur champ de compétences.

Enfin, malgré l'évolution différenciée selon les régions du *numerus clausus*[195], des places ouvertes aux épreuves classantes nationales pour l'internat et des quotas, les disparités territoriales en sont peu affectées. Ainsi, lorsque l'on rapporte le *numerus clausus* à la population régionale, cinq régions seulement selon le découpage antérieur ont vu évoluer leur position par rapport à la moyenne : trois sont passées en-dessous (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes), et deux ont connu l'évolution inverse (Basse-Normandie et Bourgogne). Le développement d'une approche régionalisée des flux de formation, en fonction des besoins des territoires, reste ainsi une réponse partielle, alors que prévaut la liberté d'installation pour les professionnels de santé libéraux.

Il est pourtant impératif de réguler les flux démographiques des professionnels, en vue d'adapter leurs effectifs aux besoins des populations concernées et de maîtriser une dépense dont la croissance est très supérieure à celle du PIB. Des marges d'amélioration technique existent, mais supposent un changement de perspective. Une approche transversale, au moins pour certaines professions de santé aux compétences partagées ou déléguées, pourrait par exemple être expérimentée par les pouvoirs publics, notamment dans une optique de filière. Ainsi dans la filière visuelle, le nombre d'ophtalmologistes, d'orthoptistes et d'opticiens-lunetiers devrait être déterminé en tenant compte de la nouvelle répartition des compétences, qui confie notamment le renouvellement de prescription

[195] Le nombre de places en première année commune aux études de santé (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique) a par exemple augmenté de 11 % en Aquitaine mais de 53 % en Bourgogne entre 2004 et 2013. Cependant sur les 25 facultés de médecine concernées par la hausse du *numerus clausus* de 499 places pour l'année 2016-2017, Aix-Marseille en obtient 75, soit une hausse de 23,8 % et l'université de Nice 30, soit une hausse de 23,6 %, alors que la région PACA se caractérise par des phénomènes notoires de sur-densité.

de lunettes ou de lentilles aux opticiens ou la réalisation de bilans visuels aux orthoptistes.

b) Des mesures de régulation des installations en libéral inefficaces

L'assurance maladie a intégré très récemment la dimension géographique de l'accès aux soins dans les négociations conventionnelles, avec des résultats modestes et inégaux suivant les professions. Les installations et les maintiens en zones sous-dotées sont ainsi favorisées par l'octroi d'aides financières depuis 2007 pour les médecins[196] et 2008 pour certaines catégories d'auxiliaires médicaux (infirmiers[197], masseurs-kinésithérapeutes[198] et orthophonistes[199]).

Fin 2015[200] on recensait 8 773 adhérents à des contrats incitatifs toutes professions confondues pour un montant total d'aides versées de 46,5 M€, en augmentation continue. Cependant l'impact de ces dispositifs de soutien dans les zones fragiles reste faible, la part des installations n'y ayant augmenté que de 1,8 point de 2010 à 2015 pour atteindre 11,4 %. Les dispositifs de conventionnement sélectif, qui ont apporté, sur le principe, une amélioration significative, ont eux aussi un impact limité sur la correction des déséquilibres territoriaux, notamment parce qu'ils ne concernent que les infirmiers. Au rythme actuel il faudrait plusieurs décennies pour rééquilibrer l'offre.

Enfin, l'État verse diverses aides à l'installation[201], comme le contrat d'engagement de service public, qui sont cumulables avec les aides de l'assurance maladie et des collectivités territoriales. Le coût de ces dispositifs augmente rapidement, de 8,3 M€ en 2013 pour 8 330 bénéficiaires à 20,4 M€ en 2015 pour 20 499 bénéficiaires.

Les aides financières à l'installation des professionnels de santé libéraux s'ajoutent les unes aux autres sans vision consolidée des coûts en résultant. Elles s'élèvent pour l'assurance maladie et l'État en 2015 à 86,9 M€. Ces initiatives dispersées ont conduit, depuis le début des années

[196] Avenant n° 20 à la convention nationale médicale, conclu en février 2007.
[197] Avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, conclu en septembre 2008 et consolidé par l'avenant n° 3 conclu en septembre 2011.
[198] Avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu en novembre 2011 et partiellement annulé par une décision du Conseil d'État.
[199] Avenant n° 13 à la convention nationale des orthophonistes, conclu en mars 2012, et prolongé par l'avenant n° 15, conclu en mai 2016.
[200] Voir annexe n° 2.
[201] Voir annexe n° 2.

2010, à une forme de fuite en avant, sans évaluation ni de l'efficacité globale ni du rapport coût/avantage qui en résulte. Ces dispositifs timides et partiels de régulation à l'installation, qui jouent quasi exclusivement sur des incitations financières, ne sont manifestement pas à la hauteur des enjeux.

4 - Réguler fortement les installations en soins de ville

La régulation des installations est une nécessité pour obtenir un rééquilibrage des effectifs libéraux en fonction des besoins de santé des populations sur le territoire. Elle peut être recherchée sans remettre en cause la liberté d'installation, à condition de la disjoindre d'un conventionnement automatique avec l'assurance maladie, celui-ci ne devant intervenir que pour répondre à des besoins de santé identifiés, variables selon les spécialités et les territoires. De telles mesures ont déjà été prises dans d'autres pays. L'Allemagne vient pour sa part de les renforcer.

Deux scénarios sont envisageables. Le premier consisterait à étendre le conventionnement sélectif à toutes les professions de santé, au premier rang desquelles les médecins, dans l'ensemble des zones les mieux dotées, même si des effets d'installation dans des zones limitrophes sont de nature à en amoindrir la portée. Une condition supplémentaire pourrait être envisagée pour les médecins spécialistes, en n'autorisant les installations dans les zones sur-dotées que pour des médecins exerçant en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassement, et en conditionnant dans les zones sous-dotées les installations en secteur 2 à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée.

Un second scénario, plus à même de corriger effectivement dans un délai raisonnable les inégalités territoriales constatées, reposerait sur un conventionnement individuel généralisé à l'ensemble du territoire. Celui-ci serait subordonné à la prise en compte des besoins par zone au moyen de la fixation d'un nombre cible de postes conventionnés dans chacune d'entre elles. Ce scénario pourrait dans une version minimale ne porter que sur les nouvelles installations, ce qui réduirait le rythme de rééquilibrage et présenterait de forts effets d'aubaine. Dans une option alternative, il pourrait concerner tous les professionnels en exercice ou entrants dans la limite des effectifs-cibles définis par zone. Cette dernière solution, qui ne pourrait être mise en œuvre que progressivement, par exemple au rythme

de la recertification des professionnels de santé[202] sur la base de leurs compétences et de leur pratique, comme cela se pratique aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, permettrait de concilier un égal accès aux soins et une plus grande équité entre les patients, tout en garantissant aux professionnels une patientèle suffisamment nombreuse et solvable. À défaut, une alternative qui pourrait être étudiée consisterait à conditionner, à l'issue de l'obtention des études médicales ou paramédicales, une installation en libéral à un exercice professionnel dans des zones sous-denses pour une durée déterminée.

Un recentrage des incitations financières permettrait de dégager des moyens pour aménager, prioritairement dans les secteurs difficiles, le cadre de travail auquel aspirent les nouvelles générations de professionnels de santé : exercice regroupé, concentration sur la pratique médicale grâce à la délégation des tâches administratives, travail avec les pairs, développement des maisons de santé pluri-professionnelles et aménagement des formes sociétaires. En particulier pour les médecins spécialistes, le bénéfice des dispositifs d'aide à l'installation pourrait être conditionné à un exercice permanent ou sous forme de consultations avancées périodiques dans des structures pluri-professionnelles.

La diversification des formes d'exercice collectif

Depuis quelques années, le législateur a accompagné la diversification des formes d'exercice collectif en adoptant d'abord une logique économique, puis en la combinant avec une approche de santé publique[203] et en rendant possible l'exercice collectif pluri-professionnel.

Les premières modalités d'exercice collectif ont cherché à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux par la mise en commun de certains investissements initiaux, parfois très conséquents, et par la mutualisation des frais de gestion courants comme le partage d'un secrétariat, mais selon une logique exclusivement professionnelle. La société d'exercice libéral est la structure de référence pour les pharmaciens, la radiologie et la biologie médicale.

[202] Cette exigence de recertification figure dans la feuille de route issue de la grande conférence de santé (mesure 21) comme dans le livre blanc du CNOM pour l'avenir de la santé (proposition 21).

[203] Voir en particulier l'article de BRISSY, Stéphane, « *Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé* », Revue de droit sanitaire et social, juillet-août 2013.

Les professionnels peuvent, depuis la loi du 11 août 2011, opter pour une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). C'est la seule structure permettant de rémunérer collectivement des professionnels de santé de nature différente dans un cadre juridique et fiscal sécurisé. Une ouverture des SISA à des personnes physiques qui ne sont pas des professionnels de santé pourrait être envisagée, en particulier pour les psychologues et les assistants sociaux. Ceci répondrait aux attentes des patients et accompagnerait l'évolution des parcours de soins vers des parcours de santé.

III - Des décisions de prise en charge à étayer de façon plus pertinente

La question d'une meilleure allocation des moyens se pose en dernier lieu dans le domaine de l'admission au remboursement. Quels médicaments, quels dispositifs et quels actes médicaux doivent être pris en charge ou au contraire supprimés de la liste des prestations remboursables, selon quels critères, avec quelles méthodes ? Ces questions concernent, à un titre ou à un autre, la presque totalité des dépenses d'assurance maladie. Elles amènent à apprécier, pour chaque décision, les avantages apportés aux assurés en termes de santé par rapport aux coûts qui sont engagés. Il apparaît cependant que les processus de choix mis en place dans notre pays permettent mal d'aborder ces enjeux, et encore moins de leur apporter une réponse appropriée, parce qu'ils sont trop complexes et inadaptés à l'évolution des techniques et des marchés et qu'ils ne reposent pas suffisamment sur une appréciation de l'efficience. Une réforme de fond, qui privilégie l'approche médico-économique, est donc nécessaire.

A - Un dispositif complexe, inadapté à l'évolution des techniques et des marchés

1 - Un processus fragmenté

L'admission au remboursement d'un produit de santé, la détermination du prix et la fixation du taux de remboursement, qui relèvent respectivement de la compétence du ministre chargé de la santé, du Comité économique des produits de santé (CEPS) et de l'UNCAM s'appuient sur une série d'avis rendus par la Haute Autorité de santé (HAS), au niveau de son collège ou de certaines de ses commissions spécialisées, sur la base de dossiers présentés par les entreprises intéressées.

Ce processus d'évaluation des produits est complexe. Il fait en effet principalement appel à deux avis cliniques, l'un sur le service médical rendu (SMR), l'autre sur l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par rapport aux produits existants. Le premier fonde les décisions de prise en charge par la sécurité sociale et de fixation du taux de remboursement. Le second est transmis au CEPS, instance interministérielle à laquelle le ministre chargé de la santé délègue la tâche de négocier avec les industriels le prix des médicaments ou des dispositifs médicaux. Le CEPS est toutefois également destinataire, pour les produits dont l'impact budgétaire est le plus important, d'un autre avis de la HAS, fondé sur l'efficience, c'est-à-dire sur la relation entre les gains espérés en termes d'années de vie gagnées en bonne santé et les coûts encourus.

Cette procédure, qui vaut pour les médicaments, n'est pas appliquée de la même façon pour les dispositifs médicaux qui peuvent rentrer dans des descriptions génériques : dans ces cas, le service médical rendu et l'amélioration du service médical rendu sont appréciés pour la classe entière des produits concernés. Lorsqu'il s'agit des actes médicaux, la structure des avis est encore différente, et le diagnostic rendu par la HAS n'a pas de conséquence directe sur les conditions d'admission au remboursement, qui dépendent de la négociation conventionnelle. Des conséquences différentes sont attachées aux appréciations de la Haute Autorité selon que les produits sont destinés à l'hôpital ou au secteur ambulatoire.

Ces séries d'avis interviennent en outre, lorsqu'il s'agit de médicaments ou de dispositifs médicaux, après une première évaluation menée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) aux fins d'autorisation de mise sur le marché, ou par la Commission européenne sur avis de l'Agence européenne des médicaments. Cette phase d'étude et de décision, organisée par les directives européennes pour assurer la sécurité des produits circulant sur le marché unique, a donc une tout autre finalité que celle, purement nationale à laquelle obéissent les conditions d'admission au remboursement par l'assurance maladie. Elle fait toutefois appel à des analyses comparatives des bénéfices et des risques qui sont proches des avis cliniques de la HAS, et qui ajoutent des délais supplémentaires à ceux, déjà élevés (300 jours en valeur médiane alors que les directives européennes fixent une cible de

180 jours) dont ont besoin ensemble la Haute Autorité et le CEPS pour mener à bien leurs missions[204].

Une fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux, source de rentes de situation

Les prix des médicaments et des dispositifs médicaux sont encore trop déconnectés de leur apport thérapeutique par rapport aux traitements existants, malgré la prise en compte plus importante du critère central d'amélioration du service médical rendu.

Comme la Cour l'a documenté[205], cette discordance, coûteuse pour l'assurance maladie, s'explique non seulement par une politique privilégiant l'obtention de remises à des baisses des prix fabricant hors taxes, mais aussi par des révisions de prix trop espacées, y compris en cas d'extension d'indications[206]. De plus, le dernier accord-cadre conclu par le CEPS avec l'organisme représentant les entreprises pharmaceutiques le 31 décembre 2015 a maintenu la garantie de prix stables si des investissements sont réalisés dans l'Union européenne. Cette clause contribue à maintenir des prix élevés, parfois en décalage avec l'appréciation scientifique par la HAS de la valeur thérapeutique des médicaments.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017, la Cour indiquait : « Pour le seul cas du Xolair®, la non-application de la convention initiale, le retard dans la décision de baisser les prix, puis la faiblesse des réductions effectuées, ont, selon l'estimation de la Cour, coûté à l'assurance maladie près de 530 M€ en montant cumulé entre 2012 et 2016 et induisent encore aujourd'hui un surcoût annuel de près de 130 M€ pour elle.

[204] Ce chiffre a été calculé en 2015 par les entreprises du médicament sur un échantillon de dossiers. Il est vrai que pour ce qui concerne le CEPS, une bonne partie des délais est consacrer à négocier le prix avec l'industriel.

[205] Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Troisième partie : « *Renforcer la maîtrise des coûts du médicament* », La Documentation française, p. 331, septembre 2017, 729 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[206] Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre X : « Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée ». La Documentation française, septembre 2014, disponible sur www.ccomptes.fr

2 - Une évolution très rapide des techniques médicales et de leurs marchés

Les marchés des produits de santé sont affectés, depuis quelques années, par des mutations brusques et profondes qui soumettent à des tensions croissantes les procédures d'admission au remboursement, à la fois longues, complexes et rigides.

Le développement des associations de médicaments vient ainsi remettre en question l'organisation linéaire de l'évaluation propre à chaque spécialité. La multiplication des indications pour un même médicament et le développement de leur usage en dehors même des indications pour lesquelles une autorisation de mise sur le marché a été délivrée contredisent un processus de décision de prise en charge, unique et indifférencié pour chaque produit, même si son prix est supposé tenir compte de la somme de ces facteurs.

Le développement accéléré du progrès médical questionne le rythme quinquennal des réévaluations des produits par la HAS et sa méthode de révision item par item. Il demande en outre que de nouveaux actes, correspondant aux acquis scientifiques récents, soient régulièrement et rapidement reconnus et, dans le même temps, que d'anciens actes ou produits soient retirés de la liste des remboursements ou que leurs prix soient revus à la baisse. Les règles issues des accords conventionnels ne parviennent cependant qu'avec difficulté, comme évoqué au chapitre 2, à suivre le rythme des décisions requises.

L'augmentation rapide des prix demandés par les laboratoires pour les nouvelles molécules, qui a été évoquée au chapitre premier, pose un problème majeur de soutenabilité de la dépense.

3 - Simplifier et adapter les chaînes d'expertise et de décision

Pour rendre les avis cliniques émis par la HAS plus lisibles et mieux adaptés à l'innovation, de nombreux progrès restent à accomplir, d'autant que les dispositions contenues dans la loi du 26 janvier 2016, tendant à « faire évoluer les conditions d'évaluation et de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments et des dispositifs médicaux », ne se sont traduites à ce stade par aucun changement d'ampleur[207].

[207] La possibilité d'organiser des réunions conjointes entre les commissions techniques de la HAS qui rendent les avis a toutefois été inscrite dans le code de la sécurité sociale par l'ordonnance du 26 janvier 2017 relative à la Haute Autorité de santé.

Une simplification de l'avis sur l'amélioration du service rendu, aujourd'hui codifié en cinq niveaux qui ne sont pas tous utiles, serait bienvenue. Sa meilleure articulation avec l'avis sur le service médical rendu pourrait au moins contribuer à clarifier les messages envoyés par l'expert scientifique aux décideurs, même si l'unification des deux appréciations, projetée naguère par la HAS, semble aujourd'hui difficile, en raison notamment de la multitude des cas concrets à traiter.

Une attention plus grande devrait en outre être portée aux dispositifs qui, à l'instar des « rendez-vous précoces » organisés au début de la procédure d'examen des dossiers par la HAS, mettent les laboratoires à même de mieux se préparer à ses exigences, de gagner ainsi du temps et d'économiser des moyens. Ils sont encore trop peu nombreux, une dizaine en 2015, pour plus de mille avis au total.

Pour ajuster au mieux les dépenses d'assurance maladie dans un contexte d'augmentation des prix exigée par les laboratoires pour les molécules innovantes, c'est cependant sur les études en vie réelle que devraient porter en priorité les efforts. Celles-ci permettent de vérifier, sur la base d'un échantillon de patients, les effets concrets des médicaments ou des dispositifs médicaux admis au remboursement.

Les bilans qui ont été tirés de la mise en œuvre de cette procédure font en effet apparaître, dans presque tous les cas, une révision à la baisse de l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu et apportent, par voie de conséquence, un argument pour une renégociation des prix[208]. Un approfondissement de la coordination entre la HAS et le CEPS, une plus grande mobilisation des modalités de recueil des informations de suivi, au besoin en recherchant une association avec les programmes de surveillance mis en place par l'ANSM dans le cadre de sa mission de pharmacovigilance, pourraient y contribuer. Des formules d'accords de prix provisoires ou révisables en fonction du résultat de ces études[209], peut-être différenciées en fonction de l'indication thérapeutique, pourraient en être le couronnement, à condition que le CEPS, qui ne met en œuvre ces solutions que très rarement, en tire ensuite les conclusions.

[208] Une analyse réalisée en 2016 par la Haute Autorité de santé sur 108 études en vie réelle montre que 31 % d'entre elles ont conduit à une révision de l'avis, et que cette modification a conduit à une dégradation des niveaux de SMR et d'ASMR dans tous ces cas sauf un. Pour près la moitié de ces médicaments (15), l'étude en vie réelle a conduit à une désinscription de la liste des produits et prestations remboursables.

[209] En s'inspirant dans une certaine mesure des exemples de l'Angleterre ou de l'Allemagne, pays où les prix des médicaments ne sont fixés qu'après une période à tarif libre destinée notamment à en tester l'efficacité réelle.

Deux philosophies de prise en charge lors de l'introduction sur le marché

L'arrivée sur le marché en 2014 du Sofosbuvir®, médicament destiné à lutter contre l'hépatite C, illustre les réactions différentes des systèmes d'évaluation et de décision de prise en charge dans deux grands pays européens. Il ne s'agit ici que des premières décisions, prises au moment de l'introduction de ce nouveau médicament anti-viral à action directe, très coûteux, qui ne préjugent en rien des évolutions engagées depuis dans les conditions de remboursement.

Au Royaume-Uni, le coût élevé (45 000 € par patient pour une cure standard de douze semaines) a conduit à considérer qu'il était plus onéreux par année de vie gagnée que d'autres traitements, et, dans un premier temps, le médicament n'a pas été pris en charge pour certains patients.

En France, l'avis du collège de la HAS de juin 2014 a conduit la première année à prendre en charge les cas les plus sévères d'hépatite C[210].

B - Promouvoir une approche médico-économique plus large et plus construite

1 - Les limitations et le faible poids des évaluations coûts-efficacité en France

En synthétisant les avantages et inconvénients d'un large spectre de biens, de services et d'organisation des soins sous la forme d'un ratio entre les coûts et les gains en termes de santé, les méthodes d'analyse médico-économique permettent, en dépit de leurs limites, de trouver une base de comparaison fondée sur l'efficience entre plusieurs formules de prise en charge. Elles constituent donc un outil puissant pour l'allocation des moyens de l'assurance maladie. Elles peuvent notamment fournir un critère de décision face à des solutions à prix très élevés, mais également vis-à-vis de procédures insuffisamment efficaces.

Elles se sont répandues depuis quelques décennies dans les principaux pays industrialisés pour juger de l'intérêt comparé de solutions

[210] Par la suite, l'arrivée de médicaments concurrents a facilité l'élargissement de l'accès, puis son extension à l'ensemble des malades du VHC, rendant possible en avril 2017 l'obtention par le CEPS d'importantes baisses de prix sur l'ensemble de la classe thérapeutique et la réduction de 25 à 33 %des coûts de traitement annuels par patient.

de prise en charge ou d'organisation des soins. La France a suivi ce mouvement avec un certain retard par rapport à plusieurs de ses partenaires puisque ces outils, dont l'élaboration est confiée à la Haute Autorité de santé, ne sont devenus véritablement opérationnels qu'à compter de 2012[211]. Les évaluations médico-économiques qui en résultent sont, en dépit de progrès récents mais réels, encore largement perfectibles en termes de champ couvert, de qualité intrinsèque et de clarté de leurs résultats. Au contraire de la situation qui prévaut au Royaume-Uni, la France ne parvient pas à mobiliser une expertise universitaire suffisante à l'appui de ces travaux.

La principale limitation du dispositif mis en place dans notre pays tient toutefois au faible poids qu'ont les résultats de ces évaluations dans les décisions prises ensuite dans la gestion de l'assurance maladie. Les diagnostics médico-économiques ne sont en effet aujourd'hui pas pris en compte, au contraire de la situation qui prévaut en Angleterre ou en Suède, pour inscrire sur la liste des produits et prescriptions remboursables un dispositif médical ou pour décider du remboursement d'un médicament. Ils ne jouent en outre qu'un rôle subalterne dans la négociation de leur prix de marché, et aucun dans le cas des actes médicaux.

Le NICE et l'évaluation médico-économique au Royaume-Uni

L'Institut national pour l'excellence clinique (*National Institue for Clinical Excellence*, NICE) a été créé en 1999 avec l'objectif d'introduire dans les processus de décision du *National Health Service* (NHS) les analyses coût-efficacité des technologies de santé et des pratiques cliniques. Ses compétences ont été étendues en 2012 au secteur social et médico-social. Il fait très largement appel à l'expertise universitaire (les contributeurs extérieurs sont quatre fois plus nombreux que ses 560 salariés).

Les prix des médicaments et des dispositifs médicaux étant libres au Royaume-Uni, le NICE n'intervient pas dans les négociations entre autorités de santé et industriels. L'évaluation médico-économique qu'il élabore joue, en revanche, un rôle majeur dans la détermination du panier de soins remboursables, soit en recommandant l'intégration d'un nouveau produit de santé, soit en la déconseillant ou encore en la conditionnant à une collecte de données économiques et cliniques additionnelles. L'évaluation médico-économique est fonction d'un seuil monétaire

[211] Ils avaient été évoqué par la Cour dès 1998.

qui rapporte l'efficacité thérapeutique additionnelle du produit, exprimée en années de vie gagnées ajustées par leur qualité (QALY, *quality adjusted life year*), au supplément de coût induit. Depuis 2004, les décisions se fondent sur un intervalle de 20 000 à 30 000 livres par QALY. Au-dessus de ce seuil, sauf circonstances particulières[212], l'avis est négatif, au-dessous, il est positif.

Cette approche couvre non seulement le champ des médicaments et des dispositifs médicaux, mais aussi les tests diagnostiques et certains actes comme les procédures chirurgicales. Le NICE produit également, sur la base d'évaluations coût/efficacité, des recommandations et des standards de qualité (*guidance and quality standards*) qui s'appliquent notamment aux pratiques cliniques des médecins (elles ne sont cependant pas obligatoires). Des recommandations de santé publique, fondées sur le même principe, donnent un cadre de référence à l'action des autorités locales de santé.

2 - Réorganiser autour de l'évaluation de l'efficience la prise en charge par l'assurance maladie

Les pouvoirs publics doivent progressivement se donner les moyens de porter une appréciation plus complète et plus fine en terme d'efficience sur l'ensemble des prestations que l'assurance maladie prend en charge, qu'il s'agisse de celles qui le sont actuellement ou de celles qui prétendent l'être. Ils doivent également être à même d'en tirer des conclusions pour ne pas intégrer, dans le panier de soins, ceux d'entre eux qui ne peuvent justifier, par rapport à d'autres, que des ressources leur soient consacrées. L'atteinte de cet objectif suppose de franchir une nouvelle étape. Trois directions pourraient être suivies : étendre le champ couvert, expliciter les avis, en tirer les conséquences.

a) Étendre le champ couvert

Il convient en premier lieu d'étendre le domaine d'application des analyses médico-économiques. Alors que les médicaments, les vaccins, et, dans une moindre mesure, les dispositifs médicaux[213] commencent lentement à être couverts, les actes médicaux ne font qu'exceptionnellement l'objet de telles études. Leur analyse se justifierait pourtant pleinement pour ceux qui représentent un enjeu important en

[212] Des dispositifs dérogatoires ont été introduits. Ils permettent de prendre en charge certains médicaments, notamment ceux utilisés dans la lutte contre le cancer.
[213] Le seuil de chiffre d'affaires, 20 M€, retenu par la HAS pour demander une étude médico-économique conduit en effet à exclure la majeure partie de ces produits.

termes de dépense. Il en est de même pour les recommandations de bonne pratique médicale ou de parcours de soins, même si l'approche médico-économique est pratiquée depuis longtemps par la HAS dans le champ de la santé publique.

Même dans le champ du médicament, les débuts récents des évaluations médico-économiques font que de nombreuses molécules remboursées n'ont pas été étudiées, ce qui empêche une approche comparative exhaustive par classe de médicaments.

Un recentrage des missions de la HAS, aujourd'hui foisonnantes et d'intérêt inégal, l'aiderait à redéployer ses moyens budgétaires et humains pour prendre en compte ces priorités.

b) Expliciter les avis

Il est, en deuxième lieu, nécessaire de formuler ces avis de façon suffisamment claire et explicite pour qu'une décision puisse être prise sur leur fondement. À cet égard, depuis le début de 2017, la Haute Autorité associe à son appréciation une évaluation budgétaire de l'impact de la prise en charge éventuelle du produit en cause, au moins lorsque le montant le justifie. Une formule de calcul du ratio entre les coûts et les résultats en termes d'années de vie gagnées en bonne santé a également été ajoutée[214]. Le CEPS dispose ainsi désormais des moyens de connaître le ratio d'efficience correspondant à toutes les configurations que sa négociation peut lui faire aborder.

Ces avancées permettent d'apporter, dans une certaine mesure, des éléments utiles au négociateur du prix. Elles ne suffisent cependant pas pour construire une doctrine claire sur ce qui peut être accepté et sur ce qui ne le peut pas. Pour y parvenir, il conviendrait de construire, sur le modèle des avis cliniques, un avis d'efficience gradué qui indiquerait, pour certaines valeurs de prix, que l'efficience du produit est insuffisante, voire d'envisager de construire des référentiels d'efficience en euros par QALY, éventuellement différenciés par classe de médicaments ou catégorie de

[214] Seul le résultat du calcul pour le prix demandé par l'industriel dans son dossier était jusqu'alors présentée. Un processus de réforme de la codification de l'ASMR est également en cours.

patients (par exemple pour prendre en compte le cas des maladies orphelines), mais au-delà desquels l'avis pourrait être négatif[215].

c) En tirer des conséquences opérationnelles

Il convient de se poser en dernier lieu la question des conséquences à tirer des avis médico-économiques. Alors que le système du *NICE* repose exclusivement, pour tous les produits de santé évalués, sur une comparaison du prix par QALY avec un seuil unique pour décider de sa prise en charge[216], le système français reste fondé sur des considérations d'efficacité clinique, en totalité, pour l'inscription et le taux de remboursement et, à titre principal, pour le prix. L'utilité réelle des investissements significatifs consentis par les industriels et par la HAS pour développer des évaluations médico-économiques n'est donc, dans l'état actuel des choses, pas avérée. Aujourd'hui simple élément d'information pour le négociateur des prix, ce diagnostic pourrait, dans le cadre d'un pilotage des dépenses de l'assurance maladie par l'efficience, revêtir un caractère plus central, sans constituer un critère exclusif, pour aider à la prise de décision.

Dans cette optique, au-delà de seuils, sous forme de fourchette ou de valeur limite, un médicament ou un produit de santé ne pourrait plus systématiquement prétendre à figurer sur la liste des produits pris en charge. Ce changement des règles requerrait une modification du cadre législatif et règlementaire qui détermine les conditions d'inscription sur la liste des prestations remboursables.

L'enjeu financier, qui dépend pour une large part de l'innovation à venir, n'est pas aisé à chiffrer, mais les exemples cités supra (hépatite ou médicaments anti-cancéreux) le situent dans un ordre de grandeur élevé. Il s'y ajoute les gains d'efficience qui peuvent résulter de la révision progressive du « panier de soins » existant ou du réexamen, dans une démarche à la fois clinique et médico-économique, des pratiques médicales

[215] Dans quelques cas, comme les anti-TNF (polyarthrite rhumatoïde), la HAS a travaillé ou travaille à la construction d'un référentiel permettant de comparer l'ensemble des médicaments. Ces exemples restent isolés et ne débouchent pas sur une doctrine de choix.

[216] Le seuil, un intervalle de 20 000 £ à 30 000 £ par QALY, constitue ainsi la limite de prise en charge par le NHS. Il souffre cependant d'exceptions croissantes. Il a ainsi été porté à 50 000 £, voire à 70 000 £ dans certains cas de traitements de fin de vie. Un fonds a été récemment mis en place pour prendre en charge plusieurs anticancéreux qui dépassaient la limite. Divers médicaments orphelins relèvent de critères spécifiques.

et de l'organisation des soins. Ainsi, parmi d'autres, les médicaments anti-Alzheimer - 90 M€ de dépenses à l'efficacité clinique discutée -, devraient voir leur prise en charge reconsidérée, ainsi que la Cour l'avait fait observer en 2013[217].

_____ *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS*_____

Les réformes mises en œuvre dans les mécanismes de rémunération des établissements de soins et des professionnels de santé, importantes avec la tarification à l'activité des hôpitaux et cliniques, plus modestes avec la diversification des formules de rémunération des professionnels libéraux, présentent d'importantes faiblesses. Elles brouillent les messages adressés aux offreurs de soins, incitent à la multiplication des actes, s'éloignent des coûts réels, ne prennent pas assez en compte les objectifs de santé publique et peinent à sortir du cadre des discussions partenariales souvent bloquées. Alors que les économies immédiates sont loin d'être les seuls bénéfices à attendre d'un système de tarification plus performant, le simple réajustement des tarifs dans quelques domaines sur lesquels la Cour s'est penchée pendant la période récente permettrait pourtant d'envisager des gains élevés proches de 2 Md€ et montre les enjeux d'un approfondissement des réformes dans ce domaine. Près de 2 Md€ supplémentaires pourraient en outre être dégagés sur la tarification du médicament[218].

La prédominance coûteuse de l'hôpital, l'absence de planification de la distribution des équipements lourds de santé, le cloisonnement des professions de santé, la répartition territoriale de l'offre de soins qui s'écarte considérablement des besoins, caractérisent ensemble un défaut majeur de l'allocation des moyens de l'assurance maladie au système de santé et peut représenter des enjeux de pertes d'efficience ou de dépenses évitables qui représentent des montants considérables. Les réponses aujourd'hui apportées ne sont pourtant pas à la hauteur de ces marges importantes et restent timides en termes de lutte contre de coûteuses rentes de situation. La planification de l'offre de soins s'est affaiblie jusqu'à devenir purement indicative. Les règles présidant à l'orientation des installations des professionnels de santé sont sous-tendues par des projections imparfaites, appuyées sur un instrument, le numerus clausus,

[217] Cour des comptes, *Rapport public annuel* 2013, Tome 1, La lutte contre la maladie d'Alzheimer : une politique de santé publique à consolider. La Documentation française, février 2013, 657 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[218] Économies liées à la diffusion des médicaments génériques : 1,125 Md€ ; réduction des marges sur les médicaments génériques : 0,8 Md€.

rendu caduc par la mobilité nationale et internationale des diplômés, et mises en œuvre à l'aide d'instruments incitatifs coûteux et inefficaces.

La redéfinition des rôles et des compétences des professions de santé selon deux logiques non exclusives - de diversification des services fournis par le système de soins et de substitution avec un transfert d'activités des médecins vers les autres professions médicales et les auxiliaires médicaux - permettrait de recentrer les professions de santé, en ville et à l'hôpital, sur des actes et pratiques à forte valeur ajoutée, faisant ainsi évoluer en profondeur l'organisation du système de santé.

Tout aussi décisive au plan de l'efficience est la révision de la liste des prestations prises en charge par l'assurance maladie. Les mécanismes complexes, lents et séquentiels, qui président aux avis servant de base aux décisions ne sont plus adaptés au rythme ni à la forme de l'innovation scientifique. Surtout, l'absence ou la quasi-absence de prise en compte des analyses d'efficience comparatives des solutions proposées compromet l'utilisation rationnelle des ressources. Devant les résultats très insuffisants des modalités utilisées pour allouer les moyens de l'assurance maladie, un changement de fond doit être mis en œuvre.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

6. *renforcer la complémentarité et la subsidiarité entre les professions de santé par une révision régulière des décrets d'actes et des nomenclatures, ainsi que des maquettes de formation, et par la mise en place rapide des pratiques avancées prévues par la loi ;*

7. *enrichir l'évaluation médico-économique, par classe de médicaments, de produits et de prestations ou par catégorie d'utilisation, par des référentiels médico-économiques permettant de mieux asseoir la prise de décision ;*

8. *augmenter significativement la part des rémunérations forfaitaires (forfaits pour une catégorie de patients et rémunérations à la performance modulées en fonction d'objectifs élargis de santé publique et de qualité) dans la rémunération des professionnels de santé libéraux ;*

9. *introduire dans les dispositions législatives relatives aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les médecins une disposition mettant, suivant l'exemple allemand, sous enveloppe régionale les rémunérations des médecins libéraux de façon à limiter le nombre d'actes réalisés et de prescriptions ;*

10. *aligner la tarification des activités des établissements de santé sur les coûts observés dans les établissements les plus performants, en adoptant une démarche pluriannuelle ;*

11. *développer une tarification au parcours de soins, notamment pour les patients atteints d'affection de longue durée, et à l'épisode de soins, en globalisant dans une enveloppe les rémunérations des professionnels de santé du secteur de la ville et de l'hôpital.*

Chapitre IV

Donner la priorité aux objectifs de santé publique et de qualité des soins

La faiblesse des actions menées pour maîtriser la dépense, l'insuffisance de l'ajustement des implantations des hôpitaux et des professionnels de santé, des tarifs et du périmètre des soins remboursés, trouvent en partie leur explication dans le souci de ménager les acteurs de l'offre de soins, professionnels, laboratoires, établissements hospitaliers en particulier. Cette précaution apparaît particulièrement manifeste dans les mécanismes de régulation à portée générale (certification des établissements de soins, accréditation des professionnels de santé, contrôle des dépenses, exploitation des ressources nouvelles de la numérisation de la santé), qui, à force d'inadaptation, d'insuffisance ou d'inefficacité, peinent à remplir leur mission et ne permettent pas en définitive de garantir à l'assuré la qualité et à la sécurité des soins auxquelles il a droit.

Pour mettre l'intérêt du patient au cœur de l'organisation de l'assurance maladie, il convient au contraire d'axer la régulation autour des objectifs de santé publique et de qualité des soins. La prévention doit être au centre des décisions, comme l'annonce de la nouvelle stratégie nationale de santé en septembre 2017 semble le prendre en compte ; la surveillance et le contrôle doivent être concentrés sur la pertinence, la qualité et la sécurité des soins. Les opportunités offertes par la numérisation de la santé doivent être exploitées au mieux pour améliorer le fonctionnement du système de soins.

Le pilotage de l'ensemble des instruments de régulation doit être clarifié. Ce cadre d'action renouvelé doit reposer sur une articulation plus efficace entre le niveau central et les niveaux déconcentrés. La gouvernance centrale doit elle-même être repensée.

I - Réorganiser et placer la prévention au cœur de l'action publique

Selon la définition donnée par l'OMS en 1948, la prévention couvre « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle repose sur trois types d'action : la prévention primaire qui cherche à éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes, comme par exemple la politique vaccinale, la prévention secondaire qui vise à détecter la maladie à un stade précoce pour assurer une prise en charge efficace, comme les campagnes de dépistage systématique de certains cancers, enfin la prévention tertiaire qui entend diminuer les récidives et les incapacités afin de limiter les complications et séquelles d'une maladie.

Dans une acception plus large, la prévention doit être conçue comme la gestion par la personne de son capital santé dans la mesure où, pour être efficaces, les actions de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique supposent sa participation active. Cependant, la responsabilisation et la mobilisation des patients et des assurés restent encore trop marginales à cet égard, dans un contexte qui fait intervenir une pluralité d'acteurs mal coordonnés, avec des résultats décevants en termes de mortalité évitable (cf. chapitre I).

A - Une pluralité d'acteurs sans stratégie d'ensemble

Si la direction générale de la santé est responsable à titre principal des politiques de prévention[219], certains secteurs lui échappent en tout ou partie comme la médecine scolaire ou la médecine du travail.

Les agences régionales de santé ont parfois développé des programmes structurés de prévention et de dépistage comme pour l'obésité, qui était une priorité des projets régionaux de santé en Nord-Pas-de-Calais ou en Alsace. Pourtant, seuls 45 % des médecins généralistes calculent l'indice de masse corporelle pour tous les enfants, et seuls 36 % le rapprochent des courbes de corpulence, ce qui est pourtant le meilleur vecteur pour repérer, chez les enfants de moins de six ans, un risque d'obésité.

[219] Article R. 1421-1 du code de la santé publique.

L'assurance maladie intervient, elle aussi, en matière de prévention[220] au travers de bilans de santé, de campagnes d'information en vue d'inciter au dépistage systématique du cancer du sein et du cancer colorectal, de campagnes de vaccination allant jusqu'à la prise en charge totale de certains vaccins pour certains patients comme la grippe saisonnière pour les personnes âgées, ou encore d'actions conventionnelles à destination des professionnels de santé. Ainsi, le programme « M'T dents », lancé en 2007, permet aux enfants de bénéficier à des âges clés pour les risques de caries d'un rendez-vous gratuit chez le chirurgien-dentiste par l'envoi d'un courrier de l'assurance maladie et d'un bon de prise en charge. Le programme Sophia de prévention tertiaire se développe également pour les patients atteints de maladies chroniques.

Conséquence à la fois de cet éclatement institutionnel, d'objectifs multiples et non hiérarchisés et de la faiblesse des moyens financiers engagés, la prévention reste un secteur mal connu des assurés. Selon deux sondages réalisés pour la CNAMTS en 2013, les Français en ont une conception floue, en raison même de la juxtaposition de services mal identifiés, sauf pour les campagnes de dépistage des cancers (qui sont cités par 17 % des sondés).

B - Un changement de dimension nécessaire

La première des quatre priorités annoncées pour la stratégie nationale de santé 2017-2023 concerne la prévention et la promotion de la santé. Il reste toutefois encore à donner un contenu concret à cette intention.

1 - Confier à la Haute Autorité de santé un rôle de référent

Le développement de la prévention suppose un changement important dans la conception même de la santé aussi bien de la part des citoyens que des professionnels. Le système de santé est avant tout, et bien souvent, exclusivement organisé autour de la médecine curative, sans prendre en compte les nouveaux enjeux épidémiologiques liés notamment au vieillissement, au développement des maladies chroniques et à la prévalence des maladies d'origine comportementale.

[220] Sur le fondement des articles L. 262-1 (mission de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) et L. 321-1 (remboursement des actes et traitements à visée préventive entrant dans le cadre d'un programme national) du code de la sécurité sociale.

Une politique de prévention plus efficace doit permettre, au prix d'un investissement initial sous forme de campagnes de communication, de prise en charge de certaines activités ou de dispositifs comme des substituts nicotiniques, d'éviter des dépenses futures bien supérieures. Ce sont les conditions de cet arbitrage, aujourd'hui opaque et incertain, faute de doctrine claire et établie et d'études de référence, qui doivent être définies. Sans préjudice du rôle éminent de l'agence Santé publique France en ces matières, la Haute Autorité de santé, autorité à caractère scientifique indépendante, pourrait établir un cadre médico-économique d'ensemble et valider, pour les thèmes retenus, les hypothèses de gains ultérieurs et de dépenses actuelles. Elle pourrait ensuite, sur ces bases, examiner les actions à entreprendre en priorité.

2 - Impliquer et responsabiliser les professionnels de santé

Pour développer la culture de la prévention dans la population, il convient aussi que les acteurs compétents et les sources d'information soient mieux identifiés, même si la mise en œuvre est nécessairement plurisectorielle. La coupure historique de 1945 entre la prise en charge des soins par la sécurité sociale d'un côté, et celle de la prévention et de la promotion de la santé par l'État et les collectivités territoriales de l'autre côté, doit être dépassée. La sécurité sociale, à qui cette mission a été reconnue en 1988, comme les assurances complémentaires sont légitimes, en termes de gestion du risque, à développer la prévention en santé. Encore faut-il, pour que celle-ci change de dimension, qu'elle soit intégrée dans l'offre de soins et les pratiques des professionnels de santé.

En recentrant chaque professionnel de santé sur les actes à forte valeur ajoutée et en organisant leur coopération, la prévention sera mieux intégrée dans les parcours de soins, en lien avec le médecin traitant. À cet égard, l'accompagnement par un professionnel de santé devrait être systématique dès lors qu'une démarche volontaire est enclenchée, sur le modèle du Royaume-Uni dans la lutte contre le tabagisme et les consommations nocives d'alcool.

Les actions de prévention menées par les pharmaciens d'officine

Les initiatives prises pour renforcer le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients, souffrant en particulier de pathologies chroniques, sont nombreuses. Peu d'exemples sont véritablement aboutis en dehors des deux programmes spécifiques déployés par l'assurance maladie sur l'asthme (avenant n°4 à la convention nationale, conclu le 21 mai 2014) et les anticoagulants oraux visant à prévenir les risques iatrogéniques et hémorragiques. De même, si l'article 38 de la loi HPST associe le pharmacien d'officine à la mission de permanence des soins et lui reconnaît un rôle de conseil dans l'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement des patients, les dispositions réglementaires n'ont jamais été prises.

Le réseau officinal participe à des campagnes de dépistage de certaines pathologies de façon ponctuelle, comme pour le cancer de la peau ou le diabète. Une demande récurrente de l'Ordre des pharmaciens notamment, en lien avec l'enjeu de juste prescription, porte sur la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique, en particulier pour les angines.

Des expérimentations sont menées localement pour transformer la pharmacie en poste avancé de soins de premier recours, en s'appuyant sur la télémédecine et sur des expériences étrangères comme au Royaume-Uni ou en Suisse.

Toutefois le pharmacien d'officine est auto-générateur de sa vente (comme pour les substituts nicotiniques) et a une activité commerciale, connexe à sa participation au système de santé, ce qui freine le développement de nouvelles missions de santé. En tout état de cause, un tel développement doit s'inscrire dans une démarche de maîtrise des dépenses et dans un cadre conventionnel exigeant.

Enfin, l'atteinte d'objectifs de prévention devrait davantage être une composante de la rémunération des professionnels de santé, ce qui suppose au préalable de mieux les définir. Les marges de progrès sont importantes puisque, pour les médecins, le taux d'atteinte des objectifs de prévention de la ROSP, au demeurant limités, n'est encore que de 42,1 % en 2015, en progression certes de sept points par rapport à 2012, alors que le taux d'atteinte global de l'ensemble des objectifs est de 68,3 %. Si la convention médicale de 2016 a augmenté la part des objectifs de prévention dans la ROSP, l'enjeu est celui de leur mise en œuvre effective et de leur diffusion à l'ensemble des professionnels de santé.

3 - Responsabiliser plus étroitement les patients

Le développement de la médecine prédictive, préventive, personnalisée et participative, dite « 4P » - qui préfigure la médecine de demain, reconnaît aux patients un rôle plus actif. Leur meilleure information sur la pertinence des soins notamment et les risques liés à la redondance d'actes, parfois à faible valeur ajoutée médicale, est une première étape suivant l'exemple de la Suède[221]. Si la responsabilisation financière des patients est une voie aujourd'hui discutée, entre une exonération insatisfaisante des comportements à risque et leur stigmatisation, des parcours de santé pourraient être organisés par l'assurance maladie obligatoire, en s'inspirant de l'Allemagne et de la Suède. Le respect par les patients de ces parcours conditionnerait le niveau de remboursement par les assurances complémentaires de soins prothétiques ultérieurs, comme pour les soins bucco-dentaires[222].

C - Mieux reconnaître les dépenses de prévention dans l'ONDAM

En 2011[223], la Cour avait déjà relevé qu'il n'existait pas de vision globale des moyens consacrés à la prévention et que, selon le périmètre retenu, le montant des dépenses variait de moins d'un milliard à plus de dix milliards d'euros. Ce constat est encore valide aujourd'hui. Les crédits du programme 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » du budget de l'État, qui ne permettent pas d'individualiser l'effort en faveur de la prévention, s'élèvent en 2017 à 451 M€ et les sommes inscrites au Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)[224], géré par l'assurance maladie, à 421,5 M€. Même si elle est mal connue, la part de la prévention rapportée aux dépenses courantes de santé (2,2 %) ou à la consommation de biens et services médicaux (3 %)

[221] VANLERENBERGHE, Jean-Marie, Sénateur. *Rapport d'information sur la pertinence des soins*, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2017

[222] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VI, Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[223] Cour des comptes, *La prévention sanitaire*, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2011, 138 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[224] Créé par la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale.

reste très modeste. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a estimé les dépenses de prévention, selon une approche large incluant la prévention individuelle comme la médecine du travail, la médecine scolaire, la vaccination ou les dépistages organisés d'une part et les actions de prévention collective d'autre part, à 15,2 Md€ en 2015.

Les dépenses de prévention devraient faire l'objet, dans un document de politique transversale, d'un suivi consolidé au long de l'année et d'un bilan annuel. Elles devraient être explicitement incluses dans la construction de l'ONDAM (au moins, dans un premier temps, la partie d'entre elles qui correspond à des dotations financières individualisées du ressort de la sécurité sociale) sous forme d'un sous-objectif distinct, et être en tout état de cause exonérées des mesures de régulation associées à la tenue de l'ONDAM. Le calibrage des gains d'efficience à dégager devrait ainsi prendre en compte non seulement les enjeux des contraintes des finances publiques à court et moyen terme, mais aussi s'insérer dans un cadrage stratégique de plus long terme.

II - Faire de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins l'axe central de toute réforme

A - Faire émerger un pilotage du système de soins par la qualité

Le premier instrument de régulation à mettre en place doit viser à assurer aux patients et aux professionnels de santé que sur tout le territoire, des critères minimaux de qualité et de sécurité des soins, attestés par un organisme indépendant, sont respectés. Ce système d'étalonnage de la qualité de l'ensemble du système de soins peut accompagner les réorganisations hospitalières. Il est également susceptible d'éclairer les usagers du système de santé. Il doit s'appuyer sur la construction et la diffusion de bonnes pratiques médicales qui font référence.

1 - Orienter la certification des établissements de soins vers la mesure de la qualité médicale et son exploitation

a) Rehausser les exigences attachées à la procédure

Il convient tout d'abord de faire évoluer la procédure de certification des établissements de soins par la Haute Autorité. Bien qu'existant depuis 1996, elle ne remplit toujours que très imparfaitement l'objectif de donner une assurance sur la qualité et la sécurité des soins effectivement apportés.

L'orientation de la certification vers la mise au point d'un outil de maîtrise de l'ensemble des risques, y compris médicaux, a certes franchi une nouvelle étape, dans le cycle actuel (2014-2018), avec l'introduction d'instruments innovants. La méthode du patient traceur permet ainsi de suivre le parcours d'un patient de l'amont à l'aval de son hospitalisation en analysant tous les incidents qui ont pu se produire. Le compte qualité, quant à lui, vise à développer une démarche d'auto-assurance des établissements de soins.

L'implication inégale des équipes médicales limite cependant l'efficacité de ces nouveaux outils. Seul un petit nombre de comptes qualité porte réellement sur la valeur des soins prodigués. Aucun dispositif général de collecte des événements indésirables survenus dans les établissements n'a été mis en place, ce qui ne permet ni d'éviter leur répétition, ni de disposer d'une vue claire de la situation des hôpitaux ou cliniques en question. Ces manques sont autant d'axes d'amélioration, dans le contexte de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire qui seront, à partir de 2020, certifiés en bloc. Un accent particulier devrait être mis sur la médicalisation de la procédure et, plus particulièrement, sur l'appréciation de la pertinence des décisions prises par les équipes médicales, en se référant à des parcours de référence et en remontant le cas échéant, dans le processus d'évaluation, aux dossiers individuels. Ceci suppose au préalable de mettre en place un système d'identification individuelle des médecins pour les prescriptions et les actes pratiqués dans les établissements de santé, qui n'existe pas aujourd'hui[225].

[225] La Cour avait recommandé à cette fin, dans le rapport sur *l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2016*, chapitre VI, La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical, p. 289. La documentation française, septembre 2016, disponible sur www.ccomptes.fr, de conditionner à l'identification individuelle des prescripteurs l'exécution des prescriptions.

Ces constats et ces orientations s'étendent largement à la politique des indicateurs de qualité et de sécurité des établissements de santé, qui restent pour l'essentiel centrés sur la bonne mise en place de processus et n'ont qu'encore très peu pris en compte les résultats atteints. Ainsi, l'évaluation de la lutte contre les maladies nosocomiales ne mesure pas les performances atteintes par les établissements en fonction du nombre de patients qui ont été affectés. Elle surveille plutôt le déploiement des dispositifs supposés réduire leur probabilité d'apparition comme la consommation de produits hydro-alcooliques ou l'existence d'outils pour informer les usagers et les patients. Sur les 56 indicateurs en place en 2017, deux seulement peuvent être qualifiés d'indicateurs de résultat et un seul est rendu public[226].

Ce constat est préoccupant dans la mesure où, même si de nombreuses précautions méthodologiques sont prises pour les construire, en particulier en distinguant les facteurs qui relèvent de la responsabilité propre de l'établissement concerné et les éléments de contexte qui s'imposent à lui, les indicateurs de résultats peuvent seuls apporter des informations sur la qualité et la sécurité effectives des soins délivrés. De nombreux pays, comme les États-Unis et le Royaume-Uni, ont d'ailleurs choisi de développer et de diffuser largement des indicateurs de résultats, y compris sur la mortalité après une hospitalisation[227]. C'est cette voie qui devrait maintenant être empruntée, en particulier au moyen de la recherche d'une meilleure pertinence des soins.

b) Mettre à profit les résultats pour une meilleure gestion du système de santé

Des conséquences positives de la procédure de certification ont pu être mises en évidence en observant que, d'un cycle à l'autre, une majorité d'établissements avaient amélioré leurs résultats.

L'utilisation de la certification pour faire évoluer les établissements les moins solides, voire pour fermer les services pour lesquels des problèmes sérieux sont mis en évidence, reste toutefois très insuffisante. Plusieurs obstacles s'y opposent en effet.

[226] Il s'agit d'une mesure de la satisfaction des patients, qui est en place depuis 2014. Le second indicateur, le taux de thrombose veineuse profonde après la pose d'une prothèse de la hanche ou du genou, relève également de cette catégorie, mais n'est pas encore rendu public. Les indicateurs sur les maladies nosocomiales ont été renforcés récemment en y adjoignant la mesure du taux de staphylocoques dorés résistants à la méticilline.

[227] Sans renoncer aux autre indicateurs, également utiles selon la littérature scientifique.

La HAS est, en premier lieu, clémente dans ses appréciations. Seuls 0,4 % des établissements se sont en effet vu opposer un refus de certification lors du cycle 2010-2014, proportion qui n'aurait augmenté, d'après des estimations fondées sur des chiffres partiels, que de 0,4 point dans le cycle actuel, qui n'est pas encore terminé.

Malgré des améliorations apportées en 2017, les liens que la Haute Autorité a établis avec les ARS sont encore insuffisants. Seule une partie des très riches informations collectées à l'occasion de la procédure sont transmises aux agences régionales, alors qu'elles en auraient l'usage dans leur responsabilité de suivi des établissements et d'organisation de la planification des soins. Des limites juridiques s'opposent encore à l'utilisation de la certification pour procéder au retrait d'une autorisation de fonctionnement donnée à un service ou à un établissement. La très faible exploitation des résultats des indicateurs pour la rémunération des établissements de soins sur des critères de qualité et de santé publique a enfin été soulignée.

La certification, et les indicateurs qui l'étayent en partie, doivent être recentrés sur une appréciation objective et comparative de la sécurité et de la qualité effectives des soins dispensés, permettant de construire des trajectoires d'amélioration, de moduler les rémunérations, mais également de désigner les établissements qui n'atteignent pas le niveau requis.

2 - Construire un système de contrôle de la qualité des soins de ville

La démarche d'assurance sur la qualité des offreurs de soins ne doit pas être cantonnée aux seuls établissements hospitaliers. Un système permettant d'assurer qu'un minimum de critères de sécurité sont respectés par les professionnels de santé eux-mêmes, en ville ou à l'hôpital, est nécessaire.

Le dispositif d'accréditation des médecins existe depuis 2002 comme contrepartie à la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des primes d'assurance en responsabilité civile de certains médecins spécialistes exerçant en établissements de soins. Cette procédure est donc bien loin de constituer une garantie de qualité pour l'ensemble des professionnels de santé. Sur les 150 000 exerçant à l'hôpital, seuls 9 400 praticiens, essentiellement libéraux, sont concernés[228]. La médecine de

[228] Le nombre de praticiens potentiellement concernés par la procédure d'accréditation est également assez faible, 35 000 environ, au regard de leur effectif total.

ville n'est pas couverte. Les liens avec la procédure de certification hospitalière sont inexistants.

Le champ d'application de l'accréditation devrait donc, au minimum, être étendu. À cet égard, l'expérience néerlandaise pourrait constituer une source d'inspiration. Dans ce pays, en effet, les médecins sont certifiés pour des durées d'un à cinq ans, en fonction de critères d'intensité suffisante d'exercice de la profession, de formation continue et de qualité de la pratique appréciée par un audit. On pourrait ainsi aller vers un système de confirmation périodique dit « de recertification », des professionnels de santé, ou au moins des médecins, en l'articulant avec l'accréditation et le développement professionnel continu[229].

D'autres exemples étrangers, comme ceux de la Commission pour la qualité des soins en Angleterre, devraient à tout le moins inciter la France à s'engager dans une évaluation des bonnes pratiques de soins ambulatoires et un suivi systématique de la qualité des soins de ville, avec le concours de la HAS et des ordres professionnels dans le cadre de leurs missions de service public. Un système d'indicateurs représentatifs de la qualité des soins, à l'instar de ce que la Haute Autorité développe dans le cadre de la certification des établissements de soins, pourrait enfin être envisagé. Il consisterait à analyser les prescriptions des médecins sur quelques pathologies clef.

La Commission de la qualité des soins en Angleterre

La Commission de la qualité des soins ou *Care Quality Commission* (CQC) est un organisme public du ministère de la santé, qui a été créé en 2009 pour réglementer et contrôler la qualité des soins délivrés par les services sanitaires et sociaux d'Angleterre.

Après les avoir recensés, la CQC mène des inspections pour s'assurer que les services sanitaires inscrits sont toujours au niveau des standards de qualité qui ont été définis. À l'issue de ces contrôles, des notes sont attribuées aux services évalués. Les rapports d'inspection sont publiés, ainsi qu'un rapport général sur l'état de la qualité des soins en Angleterre.

[229] Comme le prévoit la mesure 21 issue de la grande conférence de santé du 11 février 2016, ou le propose le CNOM dans son livre blanc « Pour l'avenir de la santé » de janvier 2016.

Dans le cas où des problèmes sont détectés, des mesures peuvent être prises. La CQC peut ordonner aux gestionnaires de soins de produire un plan d'actions pour améliorer la situation. Elle peut également leur adresser un avertissement leur enjoignant d'améliorer le service rendu dans un délai précis. Elle peut encore restreindre les autorisations d'activité du prestataire de soins ou lui interdire certaines catégories de patients, lui infliger une amende, suspendre, voire annuler son inscription ou encore le poursuivre en justice.

3 - Établir et diffuser des pratiques médicales de référence

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins doit également s'appuyer sur la mise au point et la diffusion efficace de bonnes pratiques médicales. La Haute Autorité de santé, à laquelle est impartie en large partie cette mission, doit s'organiser de façon plus efficace pour que ses productions soient davantage utiles. Il lui revient, en particulier, de les rendre plus concises et d'établir un système de mise à jour beaucoup plus rapide de ses documents, aujourd'hui largement frappés d'obsolescence.

Une meilleure répartition du travail avec les sociétés savantes qui produisent également des recommandations, de même qu'une hiérarchisation plus nette des questions à traiter, doivent en outre être recherchées. Les enjeux de pertinence des soins et des prescriptions atteignent en effet des montants financiers considérables. Ils sont difficiles à mesurer dans leur ensemble, mais des exemples permettent d'apprécier les ordres de grandeur : ainsi, selon une étude de la CNAMTS[230], 20 % des ablations de la thyroïde reposeraient sur des indications chirurgicales discutables, ce qui représenterait 19,9 M€ de dépenses en 2015, et 34 000 séjours seraient évitables[231].

L'accent devrait être mis sur la production d'outils plus adaptés à la diversité des professionnels de santé, à l'instar du nouveau référentiel de certification des logiciels d'aide à la prescription de médicaments que la HAS a publié. La mention sur l'ordonnance elle-même de messages relatifs aux médicaments, à leurs conditions d'emploi, à leur suivi, voire des comparaisons de prix et d'efficience, devient désormais possible.

[230] CNAMTS, *Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2014*, p. 89.

[231] Sous l'hypothèse de réduction des taux de recours des départements du troisième quartile au taux cible, pour dix interventions chirurgicales, avec des données d'activité de 2015, in Propositions pour l'assurance maladie pour 2018.

4 - Faire de la réduction des coûts liés à la non-qualité des soins une cible prioritaire d'économies

L'assurance d'une qualité et d'une sécurité minimales des soins constitue un enjeu essentiel.

L'OCDE chiffre de 13 à 16 % le surcoût des événements indésirables pour la sécurité des patients survenus dans les hôpitaux et estime que 10 % de leurs dépenses sont consacrés à remédier à des erreurs médicales évitables[232]. Un patient sur dix subit un préjudice non nécessaire pendant son traitement. Beaucoup plus de patients encore reçoivent des soins inutiles ou à faible valeur ajoutée. Une proportion significative des hospitalisations d'urgence aurait pu être aussi bien traitée, voire mieux, dans des services de soins primaires ou par les patients eux-mêmes, s'ils y étaient formés. Selon cette même étude, un enfant sur trois naît par césarienne, alors que la proportion d'accouchements par césarienne pour raisons médicales ne devrait pas dépasser 15 %. Selon les estimations disponibles, un cinquième des dépenses de santé pourrait être réaffecté à des fins plus utiles.

Une étude de la DREES sur neuf complications liées aux soins permet d'escompter des gains possibles de 730 M€ par le suivi plus strict des procédures dans le traitement d'origine[233].

Il serait hasardeux cependant d'affirmer que la totalité de ces défaillances ou de ces erreurs peuvent être éliminées au moyen d'une meilleure compréhension de leurs mécanismes d'apparition, d'une surveillance plus serrée et d'une détection plus efficace grâce à des références de pratiques plus claires et plus accessibles. Un objectif de réduction à long terme d'un tiers de ces évènements indésirables dans le secteur hospitalier[234], n'en est pas moins possible et pourrait en ce cas procurer une économie de l'ordre de 2,7 Md€.

[232] OCDE, Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé, synthèse, 2017.
[233] DREES et IRDES, Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital, Études et résultats n° 784, novembre 2011.
[234] C'est également l'objectif que fixe, à l'échéance 2025, un rapport récent au Sénat italien sur la soutenabilité du service national de santé (GIMBE, Fondazione, *Secondo rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, p. 78, 6 juin 2017).

B - Lutter plus efficacement contre les fraudes et renforcer les contrôles

Pour utile que puisse être le recours, davantage qu'aujourd'hui, à l'étalonnage des établissements, des professionnels et des pratiques pour faire évoluer l'offre de soins, ces solutions ne peuvent suffire à réguler un ensemble aussi complexe que le système de soins et ses mécanismes de prise en charge

Trois actions complémentaires devraient être entreprises et suivies : une lutte plus résolue contre la fraude, la dynamisation de l'action du contrôle médical et le renforcement des contrôles des hôpitaux et cliniques.

1 - Renforcer considérablement la lutte contre la fraude

L'OCDE estime l'importance de la fraude entre 3 % et 8 % des dépenses, avec une moyenne de 6 %, ce qui donnerait pour la France un montant d'environ 12 Md€[235].

La fraude aux prestations reste mal appréhendée, en raison de la grande diversité des parties prenantes qui entretiennent des relations complexes et d'un système de délégation de responsabilités entre acteurs aux intérêts divergents, comme l'a souligné la mission d'évaluation et de contrôle des comptes de la sécurité sociale du Sénat en juillet 2017.

Dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, la Cour évalue l'incidence financière des anomalies de liquidation pour les seules prestations en nature en facturation directe et pour les indemnités journalières, à un ordre de grandeur de 1,4 Md€ en 2016.

La CNAMTS n'est pas en mesure de fournir une estimation globale du montant des fraudes aux prestations dont l'assurance maladie serait victime. Au regard des enjeux, les résultats enregistrés par elle-même et les caisses centrales des autres régimes de base apparaissent anormalement faibles, autour de 0,1 % des montants des prestations versées. Les efforts de portée limitée déployés pour lutter contre les fraudes et qui ont conduit à une augmentation des sommes détectées, ne sont pas à la mesure des enjeux. Même si la mention pour la première fois d'un objectif chiffré d'économie liée aux fraudes dans le rapport *Charges et produits* pour 2018

[235] OCDE, *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé, synthèse*, p. 48, 2017.

est à relever, le montant avancé par la CNAMTS, de 210 M€ en 2018, apparaît bien modeste.

Une action énergique interrégimes doit donc être entreprise, en mobilisant, comme la Cour y avait appelé, les très nombreuses données de santé[236] et en renforçant l'action du contrôle médical vis-à-vis des professionnels libéraux, des établissements de santé et des assurés.

2 - Rendre plus efficace le contrôle médical

La tâche de contrôle échoit en grande partie aux services du contrôle médical des principaux régimes d'assurance maladie. À côté de leur rôle de conseil aux professionnels de santé, ils ont une mission de surveillance de la bonne utilisation des prestations, en particulier dans les domaines du contrôle individuel des paiements tels que les indemnités journalières (IJ) ou les remboursements à 100 % pour les affections de longue durée (ALD), mais aussi dans la lutte contre les fraudes et les abus.

La Cour, qui a passé en revue leur action en 2016, a mis en évidence des résultats modestes au regard des sommes en jeu. Pour améliorer la situation, une programmation pluriannuelle inter-régimes des actions de contrôle médical doit être mise en place. Elle doit s'appuyer sur une mutualisation des moyens, notamment au niveau régional et une revalorisation du métier de praticien-conseil. Ses priorités doivent être mieux reliées aux enjeux d'efficience de l'assurance maladie. Leur mise en œuvre passe par l'élaboration d'une méthode homogène de calcul des économies qui en résultent, qui soit commune aux régimes de base. Peuvent y contribuer également la fixation des objectifs à atteindre en fonction des écarts territoriaux de dépenses ou de pratiques qui sont constatés, la mise en place de contrôles communs des prescriptions hospitalières et des prestations soumises à accord préalable, ainsi que les contrôles *a posteriori*, plus rentables. Des critères de ciblage doivent être définis et appliqués. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pourrait dans la mise en œuvre de ces orientations remplir un rôle nouveau.

[236] Cour des comptes, *Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer*. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr

3 - Renforcer les contrôles hospitaliers

Trois domaines exigent une attention plus vigilante : la pertinence des soins, le suivi des prescriptions et le codage des actes.

Les actions de vigilance sur la pertinence des soins et des pratiques à l'hôpital, pourtant essentielles pour contrer les effets pervers de la T2A sur le nombre d'actes, ne sont aujourd'hui qu'ébauchées par le contrôle médical.

La maîtrise médicalisée et l'accompagnement « T2A » dans les établissements

La maîtrise médicalisée à l'hôpital se traduit par un accompagnement sur une base bisannuelle de tous les établissements de MCO tarifés à l'activité. Cet accompagnement est assuré par les coordinations régionales de gestion du risque en coordination avec les ARS et fait l'objet d'un suivi national par la CNAMTS.

Il permet ainsi à l'Assurance maladie de dialoguer avec les établissements sur l'évolution de leur *case mix*, sur les taux de chirurgie ambulatoire pratiqués, l'orientation des patients en soins de suite et de réadaptation, les seuils d'activité pour les chirurgies des cancers ou encore la durée moyenne de séjour (DMS). Il permet également, grâce au « profil T2A », de replacer l'activité des établissements au sein d'établissements comparables de sa région sur la base d'indicateurs d'activité sur neuf champs d'activité : la chirurgie, la médecine, l'obstétrique, le digestif (les hernies), l'orthopédie traumatologie, la neurologie médicale, la cardiologie vasculaire, la chirurgie vasculaire (ligatures des veines), la chirurgie ophtalmologique et la greffe de cornée (cataractes).

Pour que l'intervention du contrôle médical puisse être pleinement efficace, des vérifications de premier niveau doivent être mises en place ou renforcées, en particulier dans le domaine hospitalier. La Cour a ainsi constaté en 2016[237] que pour tenter de freiner les dépenses de prescriptions hospitalières en croissance rapide, des dispositifs contractuels complexes se sont accumulés, sans grand succès à ce jour. La mise en place d'un suivi individuel des prescriptions faites par les praticiens hospitaliers aurait pourtant permis de faire évoluer les comportements en responsabilisant les médecins.

[237] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VII, La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical, p. 327. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Les erreurs commises dans le codage des actes ou la recherche d'une optimisation des facturations, voire les fraudes, au détriment de l'assurance maladie ne sont pas suffisamment combattues. C'est pourtant un risque systémique de la T2A, observable dans tous les pays. Une organisation complète du contrôle du codage des actes hospitaliers, de premier niveau dans les hôpitaux, de deuxième niveau par le contrôle médical, reste à construire.

III - Saisir toutes les opportunités de la numérisation de la santé

À côté des instruments juridiques et organisationnels liés à la certification, à l'accréditation, à l'organisation de l'information et de la concurrence, ou encore à la réorientation des contrôles, les nouvelles technologies de l'information comme la numérisation de la santé ou « e-santé » peuvent être, beaucoup plus que ce n'est le cas aujourd'hui, mises au service du renforcement de l'efficience et de la régulation du système de soins.

A - Exploiter activement les données massives de santé

La production et le traitement des données massives de santé, qui constituent un ensemble vaste et hétérogène, contribuent à améliorer le pilotage du système de santé et son efficience en répondant à des besoins non satisfaits et en identifiant les marges de progrès.

La diversité des données de santé

Individuelles ou collectives, les données de santé portent notamment sur l'état de santé et ses déterminants, sur l'offre de soins ou sur les dépenses de santé. La mission Etalab[238], qui coordonne la politique d'ouverture et de partage des données publiques, a recensé plus de 240 jeux et bases de données en 2014. Parmi elles, le système national d'information inter-

[238] Cette mission fait partie de la Direction interministérielle du numérique et du système d'information et de communication de l'État (DINSIC), au sein du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique.

régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) se distingue par son ampleur puisqu'il centralise l'ensemble des données de liquidation des prestations de tous les bénéficiaires des régimes d'assurance maladie obligatoire de base et qu'il intègre depuis 2010 les informations médico-administratives sur les séjours hospitaliers issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les registres et les cohortes présentent aussi un intérêt, compte tenu de la qualité de leurs données.

Opérationnel depuis avril 2017, le système national des données de santé[239] rassemble les données de bases existantes (SNIIRAM, PMSI et statistique nationale sur les causes de décès) ou à construire (données des maisons départementales des personnes handicapées et échantillon représentatif des organismes d'assurance maladie complémentaire).

1 - Utiliser les données de santé pour définir des priorités et mieux affecter les ressources

Alors que la France a réussi à constituer une base de données remarquable par son exhaustivité, sa richesse et sa granularité, qui n'a pas d'équivalent dans le monde, et dont les potentialités sont considérables en matière de santé publique, de recherche, d'efficience meilleure du système de santé et de maîtrise des dépenses, elle s'interdit paradoxalement de l'exploiter pleinement. Le cadre juridique est particulièrement complexe, malgré l'élargissement des finalités du SNIIRAM par une loi du 9 août 2004 et les assouplissements apportés récemment par la loi de modernisation de notre système de santé. L'approche demeure fortement restrictive, comme l'a souligné la Cour en 2016[240].

Malgré une utilisation devenue régulière, la CNAMTS n'exploite pas encore le SNIIRAM et les autres instruments à sa disposition à la hauteur de leurs potentialités, en particulier en matière de gestion du risque et de lutte contre les abus et la fraude des professionnels de santé. Or, il s'agit d'un outil puissant à mettre au service d'une stratégie d'ensemble d'amélioration de l'efficience des prises en charge et de maîtrise des dépenses.

La diversification de ses utilisations en dehors de l'assurance maladie a été freinée par la complexité et la lenteur des procédures d'accès

[239] Créé par l'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé.

[240] Cour des comptes, *Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer.* Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée, mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr

aux données. Par son manque d'investissement et d'expertise, renforcé par des droits d'accès souvent trop étroits, l'État s'est, quant à lui, privé, au niveau national comme déconcentré, d'un instrument précieux pour le pilotage du système de santé et la recherche d'efficience des dépenses d'assurance maladie et s'en est remis trop largement à la CNAMTS.

2 - Exploiter les données de santé à des fins de santé publique pour améliorer les traitements et la prévention

Le traitement des données massives de santé facilite non seulement les évaluations des thérapies et modèles de soins ainsi que la personnalisation des traitements mais aussi la veille sanitaire et la recherche médicale. Il sera ainsi possible par exemple d'identifier les patients présentant un risque plus élevé de développer la maladie d'Alzheimer à partir de leur âge et de leur génotype[241] et donc de mieux cibler les campagnes de prévention.

Si l'utilisation du SNIIRAM à des fins de veille sanitaire est en pleine expansion grâce au chaînage avec le PMSI, les agences et autorités sanitaires sont inégalement impliquées. Ces données médico-administratives n'ont par exemple été utilisées que très ponctuellement à des fins de surveillance des produits de santé et de pharmacovigilance, alors que le retrait rapide d'un médicament a des conséquences sur la santé des patients et sur les dépenses d'assurance maladie.

Enfin, un effort particulier devrait être fait pour exploiter davantage les données disponibles au service de l'évaluation de l'impact des politiques de santé publique, et contribuer ainsi à la réorientation des actions conduites.

Il importe à cet égard de développer les études épidémiologiques et les registres qui permettent de suivre les anomalies de prise en charge sous le regard des conseils nationaux professionnels et des sociétés savantes.

3 - Enrichir les données de santé

Le contenu du système national des données de santé peut encore être enrichi par l'amélioration de la qualité des informations médicales grâce au codage des soins de ville de premier recours comme la loi le

[241] Desikan R. et al, 2017.

prévoit depuis plusieurs années, mais sans mise en œuvre effective, et à un contrôle accru de la qualité du codage de l'activité hospitalière.

Cet enrichissement passe aussi par une exploitation accrue des données socio-économiques ou d'habitudes de vie, les appariements, pouvant donner lieu à des corrélations avec les données de santé.

B - Déployer rapidement les outils électroniques d'amélioration de la coordination des soins

Comme le relevait déjà la Cour en 2013[242], la mise en place de parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant est tributaire du déploiement des outils d'échange sécurisé d'informations entre professionnels de santé. La messagerie sécurisée de santé, en cours de déploiement par l'Agence des systèmes d'information en santé, et surtout le dossier médical partagé, dont la CNAMTS a depuis le 1er janvier 2017 la responsabilité après le coûteux échec du dossier médical personnel, ne seront vraiment efficaces que s'ils sont conviviaux, agiles et interopérables et s'ils contiennent toutes les informations utiles pour le traitement des patients. De ce point de vue, le dossier médical partagé, dont la création n'est au demeurant pas obligatoire, risque de se heurter aux réticences des patients, qui peuvent demander que certaines informations n'y figurent pas, et aux difficultés des systèmes d'information hospitaliers pour les alimenter en routine.

Les modalités d'échange d'informations entre les professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient[243] ont cependant été substantiellement facilitées par la loi de modernisation de notre système de santé. Les informations relatives à un patient pris en charge par une équipe de soins primaires sont réputées confiées à tous les membres de cette équipe sur le modèle de l'hôpital, la personne conservant un droit de refus.

[242] Cour des comptes, *Rapport public annuel*, Chapitre III, Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, p. 187. La Documentation française, février 2013, disponible sur www.ccomptes.fr

[243] Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL, définira les conditions et les modalités précises de cet échange d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social.

Le dossier médical numérique, élément central pour l'OCDE

Le dossier médical électronique est une composante clé de l'infrastructure informationnelle de santé selon l'OCDE[244], car il facilite l'accès aux données de santé des individus, à l'historique de leur consommation de soins, aux résultats des interventions diagnostiques ou thérapeutiques et, dans l'idéal, à leurs principales caractéristiques sociales et démographiques. Les patients peuvent aussi enrichir leur dossier, par exemple par des appréciations sur les résultats des soins.

Le Danemark a par exemple imposé un dossier digital patient pour les actes, séjours et soins réalisés en établissement hospitalier comme en ville. Une plateforme numérique nationale a été mise en place par le gouvernement pour mettre à disposition des professionnels ces informations et délivrer aux patients des renseignements plus généraux.

À cet égard, la prescription électronique, autorisée par l'article 34 de la loi du 13 août 2004 sous certaines conditions, reste en 2017 à un stade toujours expérimental alors qu'elle améliorerait et sécuriserait la prescription et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux, comme l'ont déjà rappelé les ordres professionnels en 2012[245]. Associée au respect effectif de l'obligation de prescription en dénomination commune internationale, en vigueur depuis 2009 pour les médicaments génériques, et pour l'ensemble des médicaments depuis le 1er janvier 2015, la prescription électronique permettrait d'enrichir en routine le contenu des bases médico-administratives et, par la même, de conduire des études en vie réelle des produits de santé pour compléter les enseignements tirés des essais cliniques. Si le dossier pharmaceutique constitue un premier instrument, son développement partiel ne permet pas de garantir une remontée exhaustive des informations sur la prescription des médicaments. Or, les enjeux sont considérables au regard des dépenses engagées et des coûts induits par le risque iatrogénique et l'inobservance des traitements.

[244] OCDE, *Les nouvelles technologies de santé : concilier accès, valeur et viabilité*, 2017.
[245] Note d'orientation, *Comment déployer la prescription électronique*, propositions concrètes du CLIO Santé, janvier 2012.

Dans le secteur hospitalier, la contribution des systèmes d'information à l'optimisation de l'emploi des ressources et à la qualité des soins reste à mieux évaluer[246]. Une étude réalisée au centre Léon-Bérard à Lyon montre une corrélation entre le niveau d'informatisation des hôpitaux et les résultats de la certification effectuée par la HAS, la qualité des dossiers patient et anesthésique, et les taux d'occupation des lits des services de chirurgie conventionnelle et ambulatoire ainsi que des salles de bloc opératoire. Une étude américaine[247] a évalué à 40 % les économies potentielles en matière d'imagerie médicale si les données issues des examens étaient partagées entre établissements et avec les acteurs du système de santé. Cela renvoie à l'importance de la poursuite de l'informatisation des données cliniques à l'hôpital et de l'interopérabilité des systèmes d'information, pour pouvoir alimenter des registres de suivi de données destinés à mesurer les performances d'un produit de santé ou à nourrir de nouveaux indicateurs de résultat.

C - Créer les conditions d'un déploiement maîtrisé de la télémédecine

Innovation technologique et organisationnelle plus que médicale, la télémédecine s'inscrit dans un mouvement général de numérisation et de dématérialisation de l'économie. Elle est donc susceptible, si son déploiement est bien organisé et grâce au traitement des données massives, d'entraîner certains des aspects positifs qui sont attribués à la numérisation, baisse des prix, hausse de la qualité du service rendu, apparition de nouveaux produits et services, ainsi que l'a mis en lumière la Cour[248].

[246] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VIII, La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer, p. 228. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[247] *Reducing the rate of repeat imaging: import of outside images to PACS*, Michael T. Lu and colleagues, AJR n° 198, mars 2012.

[248] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VII, La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, p. 297. La Documentation française, septembre 2017, 729 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Elle porte ainsi des promesses d'efficience pour le fonctionnement du système de santé[249]. La France est en retard dans ce domaine : seuls 550 000 consultations ou actes auraient été réalisés par télémédecine en 2015, dans le cadre d'expérimentations[250], malgré les 114 M€ dépensés au cours des cinq dernières années.

Elle peut apporter une réponse organisationnelle et technique au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques, en facilitant notamment le maintien à domicile. Certains dispositifs médicaux traditionnels comme les stimulateurs cardiaques utilisent par exemple des outils de communication numériques pour transmettre, en temps réel, au professionnel de santé les paramètres vitaux du patient pour un traitement plus efficace et personnalisé.

La télémédecine est un vecteur de l'éducation thérapeutique et de l'observance des traitements, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, qu'il soit proposé par l'assurance maladie obligatoire (Sophia) ou complémentaire. Elle est de ce fait susceptible de constituer un levier supplémentaire dans le « virage ambulatoire », en étant au cœur de la relation entre le domicile du patient et l'hôpital.

La télémédecine peut aussi contribuer à garantir l'accès à une expertise médicale, dans le cadre d'un transfert de compétences entre professionnels de santé, pour répondre à la pénurie de médecins, comme pour le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique. Elle améliorerait la performance des professionnels de santé en facilitant les échanges et en sécurisant certaines pratiques comme la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ou la télé-dermatologie.

L'apport de la télémédecine à une organisation efficiente du système de santé se heurte toutefois à l'absence de cadre stable et pérenne pour mettre fin à la logique expérimentale mal pilotée, peu cohérente et coûteuse, à l'œuvre depuis quinze ans. De plus, la fragmentation historique des acteurs du système de santé, avec une rupture entre la ville et l'hôpital qui se retrouve dans les systèmes d'information, rend plus difficile la

[249] « Rapport 2010 sur la citoyenneté de l'Union européenne : Lever les obstacles à l'exercice des droits des citoyens de l'Union européenne », COM (2010) 603 final, 27 octobre 2010 : « les services de télémédecine peuvent réduire les inégalités en matière d'accès aux traitements, améliorer la qualité des soins, faciliter des soins, faciliter et rendre plus sûr l'accès des patients à leurs données personnelles et minimiser les risques d'erreurs médicales ».

[250] Le Gouvernement a annoncé vouloir mettre fin au caractère expérimental de la télémédecine dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

transition vers un système de santé plus numérisé. Pour être compatible avec un objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, la télémédecine doit reposer sur une rémunération forfaitaire partagée entre les intervenants, sous peine de se révéler inflationniste.

La télémédecine laisse entrevoir des gains d'efficience majeurs, en évitant des dépenses inutiles et en répondant à des besoins aujourd'hui non satisfaits ou pris en charge à des coûts trop élevés, sous réserve d'une restructuration forte de l'offre de soins. Les enjeux financiers sont estimés par certaines études[251] à 2,6 Md€ par an pour les hospitalisations et les transports sanitaires évitables, voire jusqu'à 9 Md€ par an pour le coût de la non-observance des traitements[252].

IV - Dessiner un nouveau cadre de responsabilité et d'action

Les limites des actions conduites, les enjeux des années à venir en termes de progrès médical, mais aussi l'alourdissement de certains risques de santé, la croissance du coût des traitements dans le contexte d'une situation financière très contrainte de l'assurance maladie, soulignent la nécessité de redéfinir en profondeur les modalités de pilotage et d'organisation tant du système de soins que de l'assurance maladie. Deux scénarios apparaissent possibles : celui de la continuité, celui d'une réorientation profonde des modes d'organisation et de régulation en faisant des objectifs de santé publique un axe prioritaire d'action et en assurant la maîtrise des dépenses par l'efficience des soins.

[251] « Télémédecine 2020 : faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé », Syntec Numérique : le potentiel de gain est estimé à partir de trois pathologies ou risque (diabète insulino-traité, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque et insuffisance rénale).

[252] Dans une étude de novembre 2014, IMS Health a estimé le coût de la non-observance des traitements pour l'hypertension, l'ostéoporose, le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque, l'asthme et l'hypercholestérolémie (à partir du suivi longitudinal sur un an de 170 000 patients dans 6 400 pharmacies) à 9 Md€ par an pour les seuls coûts directs des complications. Ces estimations mériteraient cependant des analyses plus approfondies.

A - Réguler les dépenses par l'amélioration de l'efficience et la primauté des objectifs de santé publique

1 - Un scénario d'évolution « au fil de l'eau » porteur de blocages et d'inégalités croissantes

La poursuite du système actuel de régulation, centré sur l'ajustement des dépenses à court terme et sur des baisses de prix immédiates, risque de conduire, comme les développements du chapitre 1 l'ont montré, à l'affaiblissement des capacités d'adaptation du système de soins, au blocage des rémunérations des professionnels de santé et de la diffusion du progrès technique et médical, et finalement au rationnement des soins. Dans ce scénario « au fil de l'eau », la tentation serait forte, pour alléger la pression de la croissance des dépenses sur les dispositifs qui les limitent, mais qui ne pourraient trouver rapidement leurs limites, de recourir à nouveau aux formules utilisées dans le passé de transfert progressif de la prise en charge vers l'assurance complémentaire.

Cette voie n'est pas satisfaisante, car elle revient à accepter que des coûts croissants soient portés par la collectivité et pèsent principalement sur les assurés, *via* les cotisations supplémentaires qu'ils auraient à acquitter pour leurs assurances complémentaires, dont le poids dans l'assurance maladie augmenterait. Cette modification progressive de la structure de la couverture des assurés conduirait, comme vu au chapitre 2, à des défauts croissants de mutualisation des risques, à des inégalités marquées et à des carences de plus en plus fortes dans la gestion du risque. Dans le même temps, les multiples rentes que permet le système se maintiendraient et pourraient même prospérer, en l'absence de dispositifs efficaces de maîtrise de la dépense, et en raison de négociations conventionnelles peu productives et d'un pilotage inadapté des restructurations hospitalières.

2 - Mettre en œuvre une maîtrise à long terme des dépenses axée sur des objectifs de santé publique et assise sur des gains d'efficience

De considérables marges de réduction des coûts et d'amélioration de l'efficacité de l'assurance maladie et du système de soins existent. Elles concernent aussi bien la réorganisation territoriale de l'offre de soins et la redéfinition du « panier de soins » que le contrôle des volumes d'actes, la

réorientation des tarifications vers la qualité et l'efficience ou le développement de nouvelles formules de coordination et d'association des professionnels de santé entre eux et avec l'hôpital. Leur mobilisation passe par une surveillance renforcée des procédures à même de réduire les gaspillages et les erreurs et par un contrôle plus efficace des dépenses. Elles sous-tendent un autre scénario d'évolution de l'assurance maladie, celui du maintien d'une couverture de base obligatoire pour tous couvrant les besoins essentiels de chacun.

Il est difficile de synthétiser dans un chiffrage unique les évaluations des leviers d'économies qui ont été identifiés tout au long de ce rapport. Certains reposent sur des calculs d'économies explicites, comme dans le cas des adaptations des formules tarifaires. D'autres au contraire supposent l'identification d'enjeux d'efficience, pour lesquels le calibrage exact des dépenses évitées dépend des mesures précises qui seraient à mettre en place : c'est le cas par exemple des évaluations des gains maximaux associés à une meilleure distribution des professionnels de santé ou de certains équipements sur le territoire.

Une autre catégorie d'estimations est relative à des problèmes de fonctionnement général du système de santé (pertinence des soins, fraudes, non-suivi des prescriptions, gains liés à l'adoption de nouvelles techniques comme la télémédecine par exemple), pour lesquels, sauf exceptions ponctuelles, des approches forfaitaires, souvent fondées sur des études internationales, plus ou moins adaptées au contexte français, ont dû être adoptées. Les ordres de grandeur mis en évidence dépassent toutefois de loin l'augmentation des charges de l'assurance maladie pronostiquée à l'horizon 2030 par les modèles de prévision à long terme, soit de 12 (dans des hypothèses très basses présentées au chapitre 1) à 30 Md€.

Dégager progressivement ces marges est à la fois nécessaire et possible pour éviter tout risque de rationnement des soins, explicite ou implicite, pour rétablir l'égalité d'accès au système de santé et pour concilier la couverture de besoins croissants de prises en charge à un coût plus élevé avec les contraintes de finances publiques.

La recherche d'une adéquation continûment adaptée de l'offre aux besoins de soins est de nature à permettre, sous réserve de mettre en œuvre les mesures indispensables à l'atteinte de cet objectif, de préserver la liberté d'installation. Elle ouvre, en outre, la perspective d'évolutions positives des rémunérations des praticiens, dans la mesure où une responsabilisation individuelle sur les volumes d'actes et une limitation effective des dépassements d'honoraires peuvent, en limitant les dépenses à la charge de l'assurance maladie et des patients, permettre, dans la limite des gains d'efficience réalisés par ailleurs, de dégager à terme des marges de

manœuvre. La liberté de choix des patients peut être assurée à long terme, à condition qu'ils acceptent de rentrer dans des parcours de soins et que les professionnels de santé eux-mêmes consentent à soumettre leurs pratiques à des référentiels de qualité et à travailler en réseau en utilisant les outils électroniques qui en facilitent le fonctionnement.

B - Redéfinir l'articulation entre niveau central et échelons déconcentrés

La portée des réformes à accomplir, la diversité des champs concernés, la complexité des réorganisations à opérer, le temps nécessaire pour en récolter les fruits, rendent une approche de long terme nécessaire. Son échelonnement dans le temps doit être compatible avec la tenue d'objectifs annuels de dépenses. La mise en œuvre de ces processus exige donc qu'un pilotage ferme mais adapté à la diversité des situations sanitaires soit mis en place. Tel n'est pas le cas aujourd'hui.

Cette faiblesse s'explique par la difficulté à concilier un échelon régional pertinent potentiellement puissant, les ARS, avec le maintien d'outils de régulation entièrement centralisés, l'ONDAM et la négociation conventionnelle des dispositifs tarifaires. Elle découle aussi du double pilotage, par le ministère de la santé et par la CNAMTS, de l'assurance maladie et de l'adaptation du système de soins.

1 - Des réformes contradictoires

a) Les promesses de déconcentration au niveau des ARS inégalement tenues

La mise en place des ARS, en avril 2010, représente une réforme structurelle majeure de la régulation du système de soins. L'approche transversale qui a été suivie a permis de réunir, au niveau régional, les compétences auparavant exercées par l'État d'un côté, et l'assurance maladie de l'autre[253], dans un établissement public national unique, et donc d'assurer au plan local la cohérence de la conduite des actions en direction

[253] Sept institutions préexistantes relevant des administrations déconcentrées de l'État, des organismes d'assurance maladie et des structures mixtes associant les deux entités comme notamment les anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont ainsi été fusionnées.

de l'ensemble des acteurs du système de soins, quel que soit leur secteur d'appartenance.

Le démarrage de ces structures, dont la Cour a rendu compte en 2012[254], ne s'est toutefois pas déroulé sans ambiguïté, en raison notamment d'une collaboration délicate avec l'assurance maladie pour le partage des outils d'information et de la politique de gestion du risque. Les partenariats avec les collectivités territoriales dans le cadre par exemple de la lutte contre la désertification médicale et les services déconcentrés de l'État, pour la prévention en particulier, ont été difficiles à organiser[255]. De premiers succès n'en ont pas moins été remportés, comme la meilleure gestion de la permanence des soins.

C'est cependant sur les enjeux essentiels de l'adaptation de l'offre de soins aux besoins que les difficultés les plus grandes sont apparues. Des améliorations ont, certes, été apportées par la loi de modernisation de notre système de santé dans le prolongement des recommandations de la Cour de 2014, avec la simplification et le renforcement du caractère transversal du projet régional de santé. Ce schéma unique, établi pour cinq ans mais assorti de souplesses d'évolution, se compose désormais d'un cadre d'orientation stratégique, d'un schéma régional de santé qui définit un maillage des territoires de santé et regroupe les schémas régionaux de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale, et d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Ce dispositif a pour ambition de déterminer, pour l'ensemble de l'offre de santé, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels sur la base d'une évaluation des besoins régionaux.

Ces évolutions ne permettent pas pour autant de surmonter les difficultés que rencontrent les ARS pour apprécier les besoins de santé locaux et en déduire des prévisions d'évolution de l'offre, et pour mettre en œuvre une planification effective de l'offre de soins, comme analysé au chapitre III.

[254] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VIII, La mise en place des agences régionales de santé, p. 231. La Documentation française, septembre 2012, 576 p., disponible sur www.ccomptes.fr

[255] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XI, Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel, p. 321. La Documentation française, septembre 2014, 673 p., disponible sur www.ccomptes.fr

b) Le maintien d'une attribution centralisée des moyens

De manière plus préoccupante encore, peu de liens sont établis entre la programmation quinquennale de l'offre de soins mise en œuvre par les ARS et l'évolution de l'ONDAM pour les quatre années à venir[256] inscrite dans les annexes de la loi de financement de la sécurité sociale.

La programmation centrale des économies à réaliser par l'ONDAM prive largement de marges de manœuvre les agences régionales de santé. L'objectif national des dépenses est découpé en sous-objectifs cloisonnés afférents à chacun des grands compartiments de l'offre de soins (soins de ville, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux), qui ne sont pas fongibles entre eux et qui s'accommodent mal d'actions plus transversales au plan local en vue par exemple d'accélérer le « virage ambulatoire » grâce au transfert de ressources du secteur hospitalier vers celui de la ville.

La création, puis la promotion au rang de sous-objectif de l'ONDAM du Fonds d'intervention régional (FIR), théoriquement à la main des ARS, est certes venu nuancer ce constat. Cependant ses ressources ne représentent que 2 % de l'objectif global, et nombre d'entre elles sont fléchées à l'avance sur des destinations déterminées au niveau central, si bien que la portée réelle des marges de manœuvre régionales est résiduelle.

2 - Un modèle de déconcentration efficace à mettre en place

Les responsabilités doivent être clarifiées entre le niveau central et le niveau déconcentré et mises en adéquation avec une nouvelle organisation de la maîtrise des dépenses, plus attentive aux besoins réels de soins des territoires. Ce schéma doit permettre aux ARS de mener une politique de recomposition de l'offre de soins, appuyée sur des relations exigeantes avec les principaux acteurs locaux de la santé.

a) Confier au niveau central la conception, la surveillance et l'évaluation

La fixation du cadre normatif et organisationnel, la construction d'outils efficaces pour donner les moyens d'atteindre les objectifs fixés en matière de planification de l'offre de soins ou de pilotage de la dépense dans le cadre de l'ONDAM relèvent sans ambiguïté du niveau central.

[256] Y compris l'année en cours.

La détermination des enveloppes de moyens, sous forme de dotations d'offre de soins cibles, appartient également au pilotage national. Il lui revient, comme évoqué dans le chapitre 3, de répartir entre les régions les ressources qui seront disponibles, en fonction des besoins de soins différenciés sur le territoire et dans le cadre d'une projection à long terme, allant au-delà des quatre années programmées aujourd'hui.

Les ARS devraient à tout le moins disposer d'une vue globale sur la nature et l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans leur ressort, de manière à mieux intégrer la dimension de la maîtrise financière des dépenses dans leur action, et pourraient par la suite se voir confier la responsabilité d'enveloppes régionales de dépenses. Comme la Cour l'a déjà souligné en 2015[257], la fixation d'objectifs pluriannuels régionaux de dépense, qui pourraient dans un premier temps n'être qu'indicatifs, contribuerait à améliorer le pilotage financier régional et le rééquilibrage de l'offre de soins entre secteurs mais aussi entre régions en fonction des besoins locaux identifiés. Ces objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) devraient être modulés en fonction des besoins de soins établis à partir des données de santé publique propres à chaque région et non, comme c'est *de facto* le cas aujourd'hui, en fonction de l'offre existante. Seraient donc fixés des objectifs minorés pour les régions sur-dotées au regard des besoins constatés et inversement, majorés pour les régions sous-dotées au regard de leurs caractéristiques socio-sanitaires. Dans le respect de l'ONDAM voté par le Parlement, ils seraient déterminés en appliquant un tendanciel d'évolution différencié aux dépenses régionalement constatées et en tenant compte des objectifs de résorption des inégalités afin d'éviter la reconduction de financements sur une base essentiellement historique.

b) Déconcentrer au niveau régional l'ensemble de la reconfiguration de l'offre de soins et de la gestion des dépenses

Les ARS pourraient s'appuyer, pour la bonne réalisation des objectifs des plans de restructuration de l'offre de soins, sur les leviers que pourraient être le renforcement des outils normatifs, le conventionnement sélectif des professionnels de santé et les marges de liberté que les conventions nationales laisseraient à l'échelon régional.

[257] Cour des comptes, *Rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VI, La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire, p. 217. La documentation française, septembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr

Il convient également, pour leur donner les moyens de déterminer les cibles à atteindre, de confier aux ARS l'ensemble des responsabilités de diagnostic territorial. Ceci suppose, dans le prolongement de la création du système national des données de santé, de leur permettre d'exploiter réellement les données de santé disponibles en s'appuyant sur les observatoires régionaux de santé. Même si le choix a été fait de ne pas les intégrer aux ARS, ces observatoires doivent en devenir les opérateurs de référence[258] et s'articuler au mieux avec les services statistiques territoriaux de la DREES et les ressources de l'assurance maladie.

À ces compétences nouvelles mais encore limitées, il convient d'ajouter des marges de liberté pour les ARS dans la mise en œuvre de l'ORDAM[259]. Ceux-ci doivent ménager, pour donner un contenu concret à la gouvernance régionale et lui donner la possibilité de réaliser les gains en organisation que leur proximité du terrain les aide à repérer, si ce n'est une liberté complète d'allocation des ressources, du moins des espaces importants de redéploiement des moyens. Pour encourager le virage ambulatoire, une fongibilité asymétrique entre les sous-enveloppes des soins hospitaliers et des soins ville devrait à tout le moins être mise en place.

c) Développer une relation exigeante avec les acteurs de l'offre de soins en région

Les ARS doivent enfin développer une relation exigeante avec les acteurs de l'offre de soins en région, en particulier avec les groupements hospitaliers de territoire, nouvel outil de la recomposition des soins. Sans doute le périmètre des 135 GHT a-t-il été défini sur la base de l'offre de soins hospitaliers existante, avec un ressort territorial très variable. De plus, leur articulation avec les territoires de santé dans le cadre des schémas régionaux de santé est à ce stade d'autant moins garantie que les nouveaux projets régionaux de santé élaborés par les ARS ne seront opérationnels qu'en avril 2018, après que les GHT auront arrêté leur propre projet médical. Une seconde étape devra rapidement être engagée pour que les GHT s'insèrent dans le projet régional, et non l'inverse. Elle devra aussi les ouvrir aux établissements de santé privés et aux professionnels libéraux de premier et second recours. En particulier, les ARS devront veiller à la

[258] Conformément au nouvel article L. 1431-2 du code de la santé publique, issu de la loi de modernisation de notre système de santé.

[259] La FEHAP a par ailleurs proposé à la commission des comptes de la sécurité sociale le 6 juillet 2017 de permettre aux ARS d'affecter librement 1 % des enveloppes hospitalières, médico-sociales et des dépenses de soins de ville pour soutenir des projets dans le cadre du PRS et ainsi accompagner des opérations de transformation de l'offre.

cohérence des différentes approches territoriales prévues par la loi de modernisation de notre système de santé pour faire converger la restructuration des soins de ville de premier et de second recours et celle des établissements de santé.

Enfin, dans des limites définies au plan national et dans le cadre d'une enveloppe globale, les ARS devraient, comme la Cour l'a déjà souligné[260], décliner certains aspects des politiques conventionnelles définies par la CNAMTS et les représentants des différentes professions libérales de santé, en les adaptant au contexte régional. Il pourrait en priorité s'agir des dispositifs de régulation des installations des professionnels de santé en libéral, de la rémunération de la permanence des soins et de la diversification des modes de rémunération pour structurer une offre de soins primaires de qualité.

C - Aller vers une gouvernance d'ensemble unifiée du système de santé

Une telle réorganisation suppose de repenser dans le même temps le pilotage central tant du système de soins que de l'assurance maladie. Les responsabilités sont aujourd'hui fragmentées entre de nombreux acteurs mal coordonnés entre eux : sept directions centrales au ministère de la santé, plusieurs organismes nationaux d'assurance maladie, de très nombreuses agences de santé. Deux objectifs devraient en particulier être poursuivis : une meilleure synergie entre l'expertise scientifique et les réformes de l'organisation des soins et une unification de la gouvernance centrale afin de refonder l'architecture des responsabilités.

1 - Mettre en synergie expertise et conduite des réformes

Les réformes en matière d'organisation des soins et la recherche concrète de l'efficience à tous les niveaux seront d'autant mieux conçues et acceptées qu'elles s'appuieront sur des fondements scientifiques incontestables. Inversement, des recommandations médicales qui ne prendraient pas en compte leur coût et la comparaison de leur efficience avec d'autres options risqueraient de manquer leur but.

[260] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VIII : les conventions avec les professionnels de santé, p. 233, septembre 2014. La Documentation française, 673 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Pour atteindre un meilleur partage des objectifs et mieux coordonner l'action de la HAS avec celle de l'assurance maladie, il ne serait pas approprié de remettre en cause l'indépendance de la première, qui est le gage de son autorité. L'organisation d'une programmation commune et obligatoire de ses actions avec celles de la seconde dans les domaines de la prévention, des bonnes pratiques, de la certification, de l'accréditation et des évaluations médicales et médico-économiques de tous ordres devrait, en revanche, être mise en place.

Pour que cette collaboration plus étroite soit efficace et aboutisse à conjuguer l'exigence d'amélioration de la santé publique avec la recherche de gains d'efficience de grande ampleur, il faut qu'un objectif général de gains d'espérance de vie en bonne santé par rapport aux coûts, qui n'est aujourd'hui inscrit dans les missions de la HAS que par le biais des études médico-économiques qu'elle apprécie dans le domaine des produits de santé, lui soit clairement assigné pour chacune de ses productions.

Au-delà de la seule HAS, une réorganisation du champ très éclaté des agences et autorités en santé publique mériterait d'être engagée. Elle est amorcée aujourd'hui autour de pôles qui rassemblent, de façon informelle, la majorité d'entre elles. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a contribué, avec la création, à partir de plusieurs organismes préexistants, de l'agence Santé publique France, à le simplifier, mais l'essentiel du travail de rationalisation reste à faire.

2 - Réunifier le pilotage du système de santé

a) Un dualisme dommageable à la cohérence de la gouvernance d'ensemble

Malgré l'ambition de la loi du 9 août 2004 visant à confier au Parlement la fixation tous les cinq ans des objectifs de santé publique, le pilotage des politiques de santé au niveau national est resté divisé entre l'État pour la prévention, la sécurité sanitaire et les soins hospitaliers, et l'assurance maladie pour les soins de ville, la gestion du risque, et certaines actions de prévention.

Ce cloisonnement, fruit d'une bipartition historique, est la source de dysfonctionnements, chacune des deux parties développant ses propres méthodes, sa propre doctrine et soutenant ses propres expérimentations, comme le montre notamment l'exemple de Paerpa, développé par le ministère de la santé dans le champ de l'organisation des soins qui a été principalement investi par la CNAMTS.

Au lieu de contribuer à surmonter la coupure entre l'hôpital et la médecine de ville, ce dualisme structure le pilotage du système de santé, contribuant ainsi à le faire perdurer et à l'aggraver. Il est d'ailleurs tout autant marqué entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, distinction qui n'existe pas chez nos voisins.

b) Réexaminer en profondeur le pilotage du système de santé

Les cloisonnements persistants et les difficultés récurrentes, qui sont à l'origine de dysfonctionnements et freinent la réarticulation du système de santé selon une approche cohérente de parcours de soins, devraient conduire les pouvoirs publics à dessiner un nouveau cadre d'action et de pilotage. Ce dernier devrait mettre fin à la dyarchie du pilotage de l'assurance maladie et de la réorganisation du système de soins, notamment par le regroupement de certaines des compétences de l'État et de l'assurance maladie et par l'instauration d'un dispositif unifié et transversal portant à la fois sur les soins de ville et sur ceux qui sont prodigués à l'hôpital.

Cette opération doit être conduite sous l'égide de l'État, responsable de la politique de santé dans toutes ses composantes en vertu de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique[261]. Les organismes gestionnaires des dépenses d'assurance maladie concourent à sa mise en œuvre (article L. 1411-2) en poursuivant les objectifs définis par l'État et déclinés par les agences régionales de santé.

Sa mise en œuvre opérationnelle peut cependant s'accommoder de plusieurs options.

Un premier modèle pourrait s'appuyer sur les acteurs actuels, en systématisant la coordination entre l'État et la CNAMTS sur tous les sujets liés au pilotage de l'assurance maladie. Il s'agirait ainsi d'assurer l'unité de conception et d'exécution dans les opérations de planification des moyens, de détermination des enveloppes, de fixation des politiques de réorganisation du système de soins, et de fixation des principes de la politique tarifaire, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La mise en place, à

[261] Tel qu'issu de la loi de modernisation de notre système de santé : « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé des populations, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. »

l'été 2017, d'un comité hebdomadaire de direction du ministère élargi au directeur général de la CNAMTS va dans ce sens. Il reste à traduire cette impulsion par des projets concrets, dont les multiples chantiers sur le point de s'engager, convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS, conventions quinquennales de la loi de modernisation de notre système de santé, réflexions sur le financement au parcours, préparation de la programmation de l'ONDAM pour les cinq prochains exercices, fournissent l'opportunité.

Ce modèle pourrait gagner, dans une variante plus ambitieuse, à s'accompagner d'une réorganisation et d'une redéfinition des compétences des directions d'administration centrale du ministère de la santé pour renforcer leur transversalité et dépasser les clivages entre les secteurs sociaux, médico-sociaux, de la ville et de l'hôpital.

c) Envisager la création d'une Agence nationale de santé

Un deuxième modèle, qui supposerait une réforme plus fondamentale, consisterait à confier la recomposition de l'offre de soins entre ville et hôpital et entre les territoires à un opérateur unique et transversal, qui, sous l'autorité du ministre, pourrait regrouper les compétences exercées en ce domaine par l'administration centrale et par l'assurance maladie.

Cette Agence nationale de santé serait responsable de la mise en œuvre opérationnelle des politiques de santé, dans le cadre financier de moyen et long terme défini par l'État. Il appartiendrait toujours à l'autorité ministérielle de définir, dans le cadre d'une stratégie nationale de santé, la politique de santé publique et ses objectifs.

Cette agence, qui aurait autorité sur les ARS, disposerait de l'ensemble des instruments aujourd'hui dispersés entre plusieurs institutions et organismes.

Ce sont tout d'abord les leviers tarifaires. Cet opérateur serait ainsi compétent pour définir un cadre méthodologique commun et pour mettre en place des formules de rémunération transversales aux offreurs de soins. Tout en laissant des marges d'adaptation aux agences régionales de santé, il conduirait les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé libéraux, et fixerait les modalités de financement des hôpitaux.

Cette agence pourrait mener des actions de gestion du risque sur les deux secteurs, développer une politique visant à mieux assurer la pertinence et la qualité des soins, ou encourager le déploiement des

technologies de l'information susceptibles d'apporter des gains d'efficience considérables dans le système de soins (télémédecine, ordonnance et dossier médical partagé notamment).

Elle aurait à sa disposition les leviers pour définir, sur la base d'indicateurs objectifs, les instruments, les objectifs chiffrés et les indicateurs de la réorganisation du système de soins, en s'attachant particulièrement à l'articulation entre le secteur hospitalier et les soins de ville. Elle aurait de la même façon la responsabilité de répartir les sous-objectifs régionaux de dépenses, sur le fondement des besoins de santé de la population.

Dans un cadre défini par le Parlement et l'autorité ministérielle, il appartiendrait au directeur général de l'agence de veiller à l'atteinte des objectifs de l'ONDAM, des cibles de prévention, et des indicateurs de mise en œuvre et de résultat des politiques de santé, incluant une dimension médicalisée.

La gestion des prestations (liquidation, paiement, etc.) et le contrôle médical resteraient seuls au niveau de la CNAMTS dont le périmètre et les compétences seraient revus en conséquence pour la recentrer sur son rôle d'organisme payeur qui exige en tout état de cause de sa part des progrès renforcés d'efficience et de qualité de la liquidation, en dépit des résultats déjà obtenus, comme la Cour l'a analysé à de multiples reprises tant dans ses rapports de certification que dans ses autres travaux.

Cette réunification du pilotage d'ensemble du système de santé en trois niveaux de responsabilité -État pour la définition de la politique et le cadrage des moyens, agence nationale de santé pour l'organisation de la mise en œuvre, et ARS pour l'application sur le terrain -, permettrait de définir des priorités d'actions ambitieuses et partagées. L'État en serait renforcé dans son positionnement stratégique sur les priorités de santé et d'organisation du système de soins ainsi que sur les perspectives financières pluriannuelles. Les ARS les déclineraient et les adapteraient localement afin de répondre aux besoins de leurs territoires, par des moyens d'actions renforcés en matière d'organisation des soins quel que soit le secteur concerné, y compris sous l'angle de négociations conventionnelles spécifiques dans certains domaines et de la rémunération.

Cette évolution apparaît indispensable à terme pour améliorer l'efficience globale du système de santé et éviter que la segmentation des soins, des politiques et des acteurs ne vienne freiner ou entraver des réorganisations indispensables à la qualité des soins, à l'efficience de la dépense et à la prise en charge du progrès médical.

_____ *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS*_____

Une meilleure régulation du système de santé doit en premier lieu reposer sur l'intégration, dans une perspective de long terme mais beaucoup plus forte qu'aujourd'hui, des politiques de prévention dans la conception de la réorganisation des soins et l'allocation des moyens.

Des perspectives supplémentaires de réduction des dépenses doivent être ouvertes, par l'amélioration de la qualité des soins, leur concentration sur les seuls véritablement efficaces et par l'élimination d'erreurs et d'accidents dont le traitement, en aval de la chaîne, est souvent très lourd et coûteux. En outre, appuyée sur des indicateurs de résultats clairs et vérifiables et complétée, le cas échéant, par des mécanismes concurrentiels, elle est susceptible de déboucher sur des formes d'orientation par la qualité de la réorganisation du système de soins productrices de nouveaux gains d'efficience. Ces politiques doivent être complétées par une action intensifiée de contrôle contre les fraudes et sur la maîtrise médicalisée des dépenses. Les enjeux d'efficience associés à ces questions sont plus difficiles à évaluer que ceux qui découlent de la tarification des soins, de la réorganisation de l'assurance maladie et des soins, ou bien de la répartition plus adéquate des professionnels et des équipements de santé sur le territoire. En se fondant dans certains cas sur des évaluations très globales retenues par les organisations internationales, des enjeux considérables, peuvent être mis en évidence, qu'il convient cependant de prendre avec certaines précautions.

Le pilotage du système doit être clarifié. Il doit reposer davantage qu'aujourd'hui sur le niveau régional, en envisageant la définition d'enveloppes de dépenses le concernant, en renforçant les moyens d'actions à la disposition des agences régionales de santé, en ménageant des marges de négociation à ce niveau dans les conventions nationales, par des plans de réorganisation et de restructuration de l'offre de soins plus ambitieux. L'impulsion centrale doit néanmoins être également renforcée, en traçant des objectifs à court, moyen et long terme pour les dépenses et l'organisation des soins. Elle doit également être unifiée, en surmontant, pour ce qui concerne la conduite opérationnelle des adaptations du système de santé, la dyarchie, ancienne mais source de dysfonctionnements multiples, constituée par l'État et l'assurance maladie. En ce sens, la création d'une Agence nationale de santé regroupant les compétences de l'administration centrale et de l'assurance maladie constituerait un progrès.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

12. *identifier dans l'ONDAM un sous-objectif spécifique relatif à la prévention en santé intégrant notamment les dépenses du Fonds national de prévention et d'éducation et d'information sanitaires, en les exonérant de mesures de régulation budgétaire, destiné à construire une vision interministérielle consolidée des dépenses, dans le cadre d'un document de politique transversale (recommandation réitérée[262]) ;*
13. *développer des indicateurs de résultats sur la qualité des soins délivrés par les professionnels de santé et soumettre ces derniers, suivant l'exemple des Pays-Bas ou du Royaume-Uni, à un système de recertification périodique ;*
14. *généraliser progressivement l'utilisation d'ordonnances électroniques en les couplant à un système d'analyse de la qualité des soins et des effets des médicaments et dispositifs médicaux en vie réelle ;*
15. *créer par étapes, en partant du Fonds d'intervention régional, un objectif régional pluriannuel de dépenses d'assurance maladie qui serait à la fois :*
    - *différencié dans son niveau pour tenir compte des nécessités de rééquilibrage du rapport entre offre et besoin de soins dans les régions ;*
    - *flexible dans sa répartition entre secteurs de soins en fonction des nécessités appréciées par les ARS ;*
    - *encadré dans les possibilités de différenciation tarifaire.*
16. *réorganiser le pilotage du système de santé pour renforcer la cohérence de l'action de l'État et de l'assurance maladie ;*
17. *dans cette perspective, examiner l'opportunité de la création d'une Agence nationale de santé qui serait responsable de l'organisation de la mise en œuvre des politiques de santé et qui regrouperait les compétences exercées en ces domaines d'une part par le ministère de la santé, d'autre part par l'assurance maladie.*

[262] Cour des comptes, communication sur la prévention sanitaire

Conclusion générale

La soutenabilité financière de l'assurance maladie et la modernisation du système de soins sont les clefs de la préservation d'un haut niveau de protection de la santé et donc un enjeu majeur d'organisation de la société française. Les bouleversements en cours et annoncés de la médecine, en partie du fait de l'utilisation croissante du numérique et des objets connectés, viennent cependant remettre en cause les schémas qui se sont progressivement établis. La multiplication et la complexification des gestes techniques, qui nécessitent pourtant dans le même temps une moindre durée d'hospitalisation, ne sont plus compatibles avec la structuration en mondes clos sur eux-mêmes de la ville et de l'hôpital, des secteurs public et privé, de la recherche et du traitement des malades. L'accès de tous aux résultats scientifiques les plus récents *via* internet et les forums de discussion transforme la relation entre le professionnel de santé et le patient. L'explosion des coûts menace des systèmes de décision presqu'entièrement fondés sur l'appréciation de l'efficacité clinique. Ces évolutions se superposent et parfois renforcent les tendances lourdes du vieillissement et de l'accroissement de la part de la population atteinte de pathologies chroniques.

Les mouvements à l'œuvre lancent un défi particulièrement difficile à relever pour l'organisation de l'assurance maladie, héritée de son histoire, où à l'origine l'essentiel de la dépense était constituée des indemnités journalières. Ils impliquent en effet presque tous un renchérissement considérable des coûts de la santé alors même que, du fait de l'affaiblissement de la croissance et de la situation des finances publiques, son financement s'annonce de plus en plus difficile. Pour maintenir, voire continuer à améliorer la qualité des prestations offertes sans accroître sensiblement le niveau de prélèvement sur la richesse nationale, il n'est donc d'autre voie que l'amélioration de l'efficience des dépenses. Celle-ci est possible, et les marges de manœuvre qu'elle est susceptible de dégager sont largement à même d'atteindre les buts qui lui sont fixés. L'articulation plus claire entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires peut améliorer la gestion du risque, réduire les coûts de gestion et les dépassements d'honoraires. Une politique conventionnelle redéfinie peut contribuer à un fonctionnement du système de soins plus pertinent et moins onéreux. Une organisation plus souple et mieux portée

par des instruments de communication adéquats peut amener à un usage plus approprié des prestations. L'installation de la prévention au cœur des décisions financières et des pratiques médicales est de nature à éviter des dépenses futures considérables. Les gaspillages massifs dans l'allocation des moyens, qu'il s'agisse de la distribution sur le territoire de l'offre de soins, de la définition du panier de soins remboursables, des règles de tarification ou du maintien de dispositifs ne garantissant pas un niveau de sécurité et de qualité minimal, sont autant d'occasions de réaliser dans le futur des gains d'optimisation tout aussi importants. Dans certains domaines, le progrès technique peut être mis à contribution pour déceler, par l'exploitation des données de santé, les bénéfices possibles en termes de coûts et d'efficacité, pour mieux coordonner les soins au moyen d'outils électroniques ou pour obtenir, grâce à la télémédecine, des résultats améliorés à des coûts moindres.

⁂

Pour réussir à atteindre ces objectifs, qui supposent une réorganisation profonde du système de soins et de leur prise en charge, une stratégie d'ensemble et de long terme est nécessaire. Il s'agit en effet de réussir à dégager, en traitant simultanément quelques points critiques, les considérables enjeux d'efficience et de qualité que les efforts accomplis jusqu'à aujourd'hui n'ont pas suffi à concrétiser.

La première étape est la rénovation du cadre financier des lois de financement de la sécurité sociale, pour y inscrire une obligation d'équilibre des comptes de la branche maladie dans le cadre de celui de la sécurité sociale et ordonner sur cette base l'architecture des responsabilités de l'ensemble de ses acteurs. Pour réussir dans la durée la gestion excédentaire ou à l'équilibre de l'assurance maladie, un renforcement et une plus grande orientation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie vers la maîtrise à long terme sont toutefois indispensables. L'extension des instruments de régulation conjoncturelle au secteur de la ville, la réorganisation de la prévention pour clarifier les priorités, identifier, suivre et protéger les ressources qui lui sont consacrées dans un sous-objectif de l'ONDAM en sont les premiers moyens. Une construction cohérente, qui n'a encore jamais été mise en place, partant de la définition des besoins de soins région par région, puis les comparant avec l'offre existante et aboutissant enfin aux schémas d'organisation des soins, doit déboucher sur des objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie à la fois différenciés dans leurs niveaux et souples dans leurs composantes. Ce n'est qu'ainsi que les considérables réserves d'efficience que recèlent la mauvaise allocation des moyens et leur organisation perfectible au niveau local pourront être mises à profit.

L'organisation même de l'assurance maladie, que l'accumulation de décisions de facilité de transferts de charges de l'assurance obligatoire vers les assurances complémentaires et de laxisme sur les dépassements tarifaires a progressivement rendu duale, ses deux composantes intervenant sans ordre sur les mêmes risques en doublonnant les coûts de gestion, doit ensuite être remise en question. Soit que l'on cherche à rationaliser le foisonnement des tickets modérateurs, soit que l'on sépare plus nettement les domaines d'intervention de l'un et l'autre système, ou enfin, que l'on s'oriente vers un « bouclier sanitaire » qui plafonnerait dans tous les cas les restes à charge des assurés, des réformes importantes doivent être conduites.

Le troisième axe de cette stratégie d'ensemble doit viser à mettre les règles qui régissent l'action, la répartition sur le territoire et la rémunération des acteurs du système de soins au service de leur qualité, de leur sécurité, de leur égal accès par tous et de leur utilisation la plus adéquate compte tenu des ressources. Pour ce faire, le cadre législatif qui régit les négociations conventionnelles entre les professions de santé et l'assurance maladie doit être amendé pour mettre un point d'arrêt aux dépassements tarifaires, orienter les lieux d'implantation en fonction des besoins de santé, et limiter, à l'instar de l'Allemagne, le nombre d'actes au nécessaire par un système d'enveloppes.

Les progrès du numérique doivent être mis à profit pour construire des systèmes d'observation de la qualité des soins et de veille, en mettant sur pied un dispositif d'ordonnances électroniques, en développant des indicateurs de résultat sur la qualité des soins délivrés par les professionnels de santé qui permettent d'aboutir, suivant l'exemple des Pays-Bas ou du Royaume-Uni, à leur recertification périodique.

Les modes de prise en charge des produits et prestations par l'assurance maladie doivent également être profondément révisés, en perfectionnant et surtout en utilisant effectivement des instruments médico-économiques pour faire les choix d'allocation des ressources et privilégier ainsi l'innovation utile, dans le domaine du médicament notamment. La tarification des activités des établissements de santé doit progressivement s'aligner sur les performances des établissements les plus performants. La part des rémunérations forfaitaires, correspondant à des objectifs de santé publique ou rétribuant de nouveaux modes de prise en charge des patients plus adaptés, doit augmenter très significativement pour avoir un impact réel sur les comportements.

Ce cadre de mise en cohérence et de responsabilisation de l'action des parties prenantes de l'assurance maladie, y compris des professionnels de santé libéraux et des patients, doit ensuite être mis au service d'une meilleure organisation du système de soins, afin de l'adapter au progrès technique et à l'évolution des besoins, notamment marqués par le développement des affections de longue durée et des polypathologies. L'organisation et la tarification de parcours de soins articulés de manière cohérente entre la ville et l'hôpital et fondés sur les meilleures pratiques est une priorité durable que le système de soins doit se fixer. La répartition des actes entre professions de santé mérite d'être assouplie pour développer les complémentarités et la subsidiarité, de façon à mieux traiter les patients tout en enrichissant les actes et métiers des soignants. Pour réorienter le plus possible l'activité qui peut l'être vers le domaine ambulatoire, plus adapté et moins onéreux que l'hôpital pour nombre d'épisodes de soins, l'accent doit être mis sur la meilleure structuration du secteur de la médecine de ville. Cet effort doit en particulier offrir une alternative solide au recours excessif, coûteux et inadapté aux services d'urgences, et aller jusqu'à organiser, si nécessaire, une régulation à leur entrée qui soit indépendante de l'hôpital.

Ces multiples et complexes réorganisations seront difficiles à conduire et à surveiller. Elles exigent, pour pouvoir être menées à bien, une parfaite coordination des services et organismes responsables de leur conception, de leur mise en œuvre et de leur suivi, qui n'est pas atteinte aujourd'hui en raison de l'éclatement du pilotage du système de soins entre l'État et l'assurance maladie. Pour y porter remède, le renforcement de la concertation sur toutes les décisions stratégiques du système de soins peut être une voie à emprunter. Mais l'opportunité de régler plus profondément ce problème par la création d'une Agence nationale de santé qui serait responsable de l'ensemble de l'organisation et de la mise en œuvre des politiques de santé, sous la surveillance du ministre de la santé et du Parlement, doit être sérieusement envisagée.

⁂

L'ampleur des évolutions proposées, la complexité de leur mise en œuvre dans certains cas, la nécessité parfois d'expertises complémentaires détaillées avant de pouvoir les finaliser posent la question, qui ne peut être résolue que dans la durée, de la méthode de leur mise en œuvre. Celle-ci doit associer, dans le cadre d'un pilotage clarifié et unifié, et autour d'une doctrine de la maîtrise des dépenses, orientée par la santé publique et la qualité des soins, l'ensemble des parties prenantes de l'assurance maladie, État, patients, professionnels de santé libéraux et salariés, établissements de soins publics et privés, organismes d'assurance. Chacune d'entre elles

doit, sans que soient fondamentalement remises en cause les caractéristiques de l'organisation française en matière de liberté de choix du praticien et d'installation, accepter un certain nombre de disciplines :

- des règles de comportement, d'usage des soins et de prévention pour les patients ;
- des modifications de certains de leurs modes de rémunération, d'évaluation, d'installation et de travail en commun pour les professions de santé ;
- des réorganisations et davantage de contrôles pour les structures de soins et pour leurs employés ;
- des modifications de champ d'intervention, une plus grande responsabilisation et l'intégration plus organique dans une gouvernance unifiée pour les organismes complémentaires (compagnies d'assurances, mutuelles du code de la mutualité, institutions de prévoyance).

Même si les bénéfices que ces parties prenantes peuvent attendre des réformes à conduire ne peuvent pas être rapportés terme à terme aux efforts consentis, il apparaît clairement que d'un fonctionnement plus efficient de l'assurance maladie dans son ensemble découleront des gains pour tous : la garantie de soutenabilité du financement de l'assurance maladie, une plus grande souplesse de fonctionnement et de meilleurs résultats des soins, l'organisation d'un équilibre durable entre offre et demande de soins permettant d'ouvrir la perspective d'une évolution positive des rémunérations, enfin une organisation générale plus efficace, dans la pleine fidélité aux principes des ordonnances de 1945.

Récapitulatif des recommandations

La Cour formule les recommandations suivantes, structurées pour répondre à sept principaux enjeux :

Enjeu n°1 : rénover le cadre du pilotage financier de l'assurance maladie :

- garantir l'équilibre des comptes de la branche maladie :
  - introduire dans le cadre organique régissant les lois de financement de la sécurité sociale une règle d'équilibre de l'assurance maladie (recommandation n° 1) ;
- renforcer et adapter l'ONDAM :
  - améliorer la maîtrise annuelle des dépenses de la branche maladie, en instaurant pour les soins de ville une réserve prudentielle permettant de réduire les tarifs ou de suspendre les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses (recommandation n° 2) ;
  - identifier dans l'ONDAM un sous-objectif spécifique relatif à la prévention en santé intégrant notamment les dépenses du Fonds national de prévention et d'éducation et d'information sanitaires, en les exonérant de mesures de régulation budgétaire, destiné à construire une vision interministérielle consolidée des dépenses, dans le cadre d'un document de politique transversale (recommandation n° 12) ;
  - créer par étapes, en partant du Fonds d'intervention régional, un objectif régional pluriannuel de dépenses d'assurance maladie qui serait à la fois :
    - différencié dans son niveau pour tenir compte des nécessités de rééquilibrage du rapport entre offre et besoin de soins dans les régions ;
    - flexible dans sa répartition entre secteurs de soins en fonction des nécessités appréciées par les ARS ;
    - encadré dans les possibilités de différenciation tarifaire (recommandation n° 15) ;

Enjeu n° 2 : réorganiser l'assurance maladie :

- redéfinir l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, en particulier en rationalisant les restes à charge pour les assurés, en répartissant clairement les prises en charge par secteurs de soins entre les deux dispositifs de couverture, ou en envisageant la mise en place d'un « bouclier sanitaire » plafonnant dans tous les cas le reste à charge des assurés (recommandation n° 5) ;

Enjeu n° 3 : rendre l'accès aux soins plus équitable :

- introduire dans les dispositions législatives communes aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professions de santé :
  - des règles de conventionnement sélectif, subordonné à la recertification périodique des professionnels de santé et aux besoins des territoires d'installation ;
  - des règles de plafonnement des dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre des dispositifs conventionnels avec l'assurance maladie entraînant en cas de non-respect l'exclusion du conventionnement du professionnel de santé en cause, et dans celui des contrats solidaires et responsables (recommandation n° 3) ;

Enjeu n° 4 : mieux organiser le système de soins pour l'adapter aux besoins des patients :

- afin de désengorger les urgences hospitalières, renforcer la réponse de soins de ville en conditionnant une partie des rémunérations des médecins au développement de la permanence des soins, de l'extension des horaires d'ouverture et de la réponse de soins non programmés, et expérimenter à l'entrée des urgences une régulation médicale indépendante de l'hôpital permettant d'orienter les patients vers la réponse de soins, ambulatoire ou hospitalière, la mieux adaptée à leur état (recommandation n° 4) ;
- renforcer la complémentarité et la subsidiarité entre les professions de santé par une révision régulière des décrets d'actes et des nomenclatures, ainsi que des maquettes de formation, et par la mise en place rapide des pratiques avancées prévues par la loi (recommandation n° 6) ;
- développer une tarification au parcours de soins, notamment pour les patients atteints d'affection de longue durée, et à l'épisode de soins, en globalisant dans une enveloppe les rémunérations des

professionnels de santé du secteur de la ville et de l'hôpital (recommandation n° 11) ;

Enjeu n° 5 : assurer dans tous les domaines la qualité et la sécurité des soins :

- développer des indicateurs de résultats sur la qualité des soins délivrés par les professionnels de santé et soumettre ces derniers, suivant l'exemple des Pays-Bas ou du Royaume-Uni, à un système de recertification périodique (recommandation n° 13) ;
- généraliser progressivement l'utilisation d'ordonnances électroniques en les couplant à un système d'analyse de la qualité des soins et des effets des médicaments et dispositifs médicaux en vie réelle (recommandation n° 14) ;

Enjeu n° 6 : inciter, par une révision profonde des modes de prise en charge des produits et prestations par l'assurance maladie, à une utilisation optimale de ses moyens :

- enrichir l'évaluation médico-économique, par classe de médicaments, de produits et de prestations ou par catégorie d'utilisation, par des référentiels médico-économiques permettant de mieux asseoir la prise de décision (recommandation n° 7) ;
- augmenter significativement la part des rémunérations forfaitaires (forfaits pour une catégorie de patients et rémunérations à la performance modulées en fonction d'objectifs élargis de santé publique et de qualité) dans la rémunération des professionnels de santé libéraux (recommandation n° 8) ;
- introduire dans les dispositions législatives relatives aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les médecins une disposition mettant, suivant l'exemple allemand, sous enveloppe régionale les rémunérations des médecins libéraux de façon à limiter le nombre d'actes réalisés et de prescriptions (recommandation n° 9) ;
- aligner la tarification des activités des établissements de santé sur les coûts observés dans les établissements les plus performants, en adoptant une démarche pluriannuelle (recommandation n° 10) ;

Enjeu n° 7 : Réunifier et renforcer le pilotage du système de santé:

- réorganiser le pilotage du système de santé pour renforcer la cohérence de l'action de l'État et de l'assurance maladie (recommandation n° 16) ;

- dans cette perspective, examiner l'opportunité de la création d'une Agence nationale de santé qui serait responsable de l'organisation de la mise en œuvre des politiques de santé et qui regrouperait les compétences exercées en ces domaines d'une part par le ministère de la santé, d'autre part par l'assurance maladie (recommandation n° 17).

Glossaire

ACI..... Accord conventionnel interprofessionnel
ACIP ..... Accord cadre interprofessionnel
ACS..... Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD ..... Affection de longue durée
AMC ..... Assurance maladie complémentaire
AMM..... Autorisation de mise sur le marché
AMO ..... Assurance maladie obligatoire
ANAES ..... Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSM ..... Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APALD ..... Actes et prestations pour les affections de longue durée
APL ..... Accessibilité potentielle localisée
ARH ..... Agence régionale de l'hospitalisation
ARS..... Agence régionale de santé
ASMR ..... Amélioration du service médical rendu
ATIH ..... Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BPCO ..... Bronchopneumopathie chronique obstructive
CADES ..... Caisse d'amortissement de la dette sociale
CANAM..... Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCAM..... Classification commune des actes médicaux
CCSS..... Commission des comptes de la Sécurité sociale
CRDS ..... Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CEPS ..... Comité économique des produits de santé
CHRU ..... Centre hospitalier régional universitaire
CHU ..... Centre hospitalier universitaire
CMU ..... Couverture maladie universelle
CMU C..... Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS ..... Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP..... Conseil national de pilotage

CNSA ..... Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM ..... Caisse primaire d'assurance maladie
CQC ..... *Care Quality Commission*
CSBM ..... Consommation de soins et de biens médicaux
DGESIP ..... Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS ..... Direction générale de l'offre de soins
DREES ..... Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD ..... Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC ..... Étude nationale des coûts
ENMR ..... Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
ECN ..... Épreuves classantes nationales
ESPIC ..... Établissements de santé privés d'intérêt collectif
ETP ..... Équivalent temps plein
FIR ..... Fonds d'intervention régionale
FMI ..... Fonds monétaire international
FNPEIS ..... Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FSV ..... Fonds de solidarité vieillesse
GHS ..... Groupe homogène de séjour
GHT ..... Groupement hospitalier de territoire
HAS ..... Haute Autorité de santé
HCAAM ..... Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HPP ..... Hypophosphatasie
HPST ..... Hôpital, patients, santé et territoires
IJ ..... Indemnités journalières
INCa ..... Institut national du cancer
INED ..... Institut national d'études démographiques
INSEE ..... Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES ..... Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRM ..... Imagerie par résonnance magnétique
LPPR ..... Liste des produits et prestations remboursables
LFSS ..... Loi de financement de la Sécurité sociale
MCO ..... Médecine chirurgie obstétrique
MN ..... Mesures nettes
NGAP ..... Nomenclature générale des actes professionnels
NHS ..... *National Health Service*

NICE ..... *National Institute for Clinical Excellence*
OCDE..... Organisation de coopération et de développement économiques
OMS..... Organisation mondiale de la santé
ONDAM..... Objectif national de dépenses pour l'assurance maladie
OPTAM..... Option pratique tarifaire maitrisée
OPTAM-CO. Option pratique tarifaire maitrisée – chirurgie et obstétrique
ORDAM..... Objectif régional des dépenses d'assurance maladie
Paerpa..... Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PIB ..... Produit intérieur brut
PMSI ..... Programme de médicalisation des systèmes d'information
PUMa ..... Protection universelle maladie
QALY ..... *Quality Adjusted Life Year*
RALFSS ..... Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
ROSP..... Rémunération sur objectifs de santé publique
SAE ..... Statistique annuelle des établissements de santé
SGMAS..... Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SISA ..... Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SMR ..... Service médical rendu
SNDS ..... Système national des données de santé
SNIIRAM..... Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
T2A ..... Tarification à l'activité
TIC ..... Tarif issu des coûts
UNCAM..... Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM.... Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires
UNPS ..... Union nationale des professionnels de santé
URPS..... Union régionale des professionnels de santé
VIH ..... Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

Annexe n° 1 : repères démographiques sur les professions de santé 194
Annexe n° 2 : dispositifs de régulation géographique des installations des professionnels de santé libéraux 207
Annexe n° 3 : lien entre la répartition des professionnels de santé libéraux et les dépenses de santé.....219
Annexe n° 4 : la consommation de soins et de biens médicaux en 2016 230

Annexe n° 1 : repères démographiques sur les professions de santé

SPÉCIALITÉS	Effectifs	Age moyen	Part de femmes (%)	Part des libéraux ou mixtes	
				en %	**Effectif**
Ensemble des médecins	**223 571**	**51**	**44**	**59**	**131 907**
Disciplines médicales	196 862	51	46	57	111 624
Médecine générale	102 299	52	44	67	68 503
Gynécologie médicale	3 146	60	72	83	2 622
Pédiatrie	8 007	50	68	40	3 134
Disciplines chirurgicales	26 709	51	28	69	18 382
Gynécologie-obstétrique	4 724	48	47	60	2 822
Ophtalmologie	5 927	54	44	86	5 106
Spécialistes hors médecine générale	121 272	51	44	51	61 503
Chirurgien-dentiste	41 788	48	43	89	37 196
Sage-femme	22 312	40	97	28	6 196
Pharmacien	74 489	47	67	42	31 284
Infirmier	660 611	44	87	18	116 800
Masseur-kinésithérapeute	86 459	42	50	80	69 006
Orthophoniste	24 466	43	97	81	19 820
Orthoptiste	4 409	40	89	65	2 876
Psychomotricien	11 074	41	89	19	2 106
Pédicure-podologue	13 652	41	67	98	13 399
Ergothérapeute	10 417	39	87	10	1 012
Diététicien	10 796	39	94	34	3 668
Audioprothésiste	3 264	42	47	35	1 148
Manipulateur E.R.M.	34 498	45	72	0	0
Orthoprothésiste	1 167	42	36	13	155
Podo-orthésiste	621	43	38	41	252
Orthopédiste orthésiste	1 606	45	53	48	769
Oculariste	45	52	20	58	26
Epithésiste	74	47	23	64	47
Technicien de laboratoire	40 371	43	84	0	11
Opticien lunetier	34 370	37	55	27	9 221

Source : Cour des comptes, d'après données DREES (RPPS et Adeli)

A - Les médecins

1 - Une augmentation tendancielle des effectifs appelée à se poursuivre

Au 1er janvier 2016, 223 571 médecins en activité sont dénombrés en France, selon le répertoire partagé des professionnels de santé. En forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population, les effectifs de médecins connaissent une progression ralentie depuis 2005 en raison de l'inflexion de la courbe du nombre de médecins généralistes. Cette augmentation continue des effectifs de médecins, qui n'avait pas été anticipée par les pouvoirs publics, s'explique par l'augmentation du *numerus clausus*, l'installation de médecins à diplôme étranger et le recul de l'âge de la cessation effective d'activité des médecins. Elle s'inscrit aussi dans un mouvement de reconnaissance de nouvelles spécialités, puisque leur nombre a doublé depuis 2000. Cette tendance est comparable à celle observée dans presque tous les pays membres de l'OCDE, qui ont vu le nombre de médecins progresser en valeur absolue et par habitant.

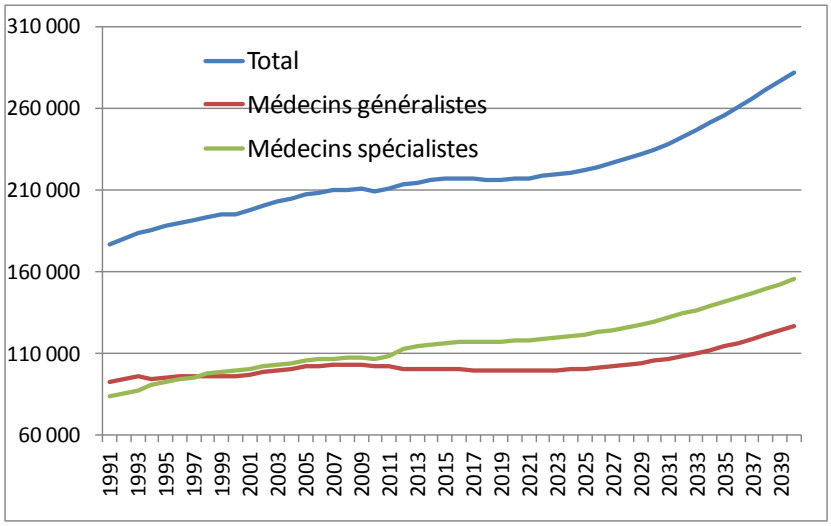
En 2016, les médecins généralistes représentent 45,8 % du total des médecins, toutes spécialités confondues en 2016 contre 49 % en 2000.

Les spécialités chirurgicales représentent 22 % des spécialistes, hors médecine générale en 2016. Les spécialités les plus fréquemment exercées sont l'ophtalmologie (5 %) et la gynécologie-obstétrique (4 %). Les anesthésistes et les psychiatres concentrent aussi une part importante des effectifs de spécialistes hors médecine générale (respectivement 9,3 % et 12,5 % en 2016).

Selon les dernières projections démographiques réalisées par la DREES, les effectifs de médecins devraient légèrement diminuer jusqu'en 2019 avant de repartir à la hausse, comme l'illustre le graphique ci-dessous. La densité médicale devrait suivre le même mouvement, avec une baisse jusqu'en 2021 avant de remonter pour retrouver le niveau de 2016 en 2028 seulement en raison des prévisions de croissance de la population française (+10 % entre 2016 et 2040). La population des médecins libéraux devrait se féminiser (de 35 % en 2015 à 60 % en 2040) et rajeunir, l'âge moyen passant de 53 ans en 2015 à 47 ans en 2040. Cette évolution de la composition de la population des médecins libéraux devrait avoir une incidence à la baisse sur l'offre de soins d'une ampleur plus importante que

celle des effectifs, puisque l'offre de travail estimée est plus faible pour les médecins en début et en fin de carrière, et est plus élevée pour les hommes.

Évolution des effectifs de médecins de 1991 à 2040



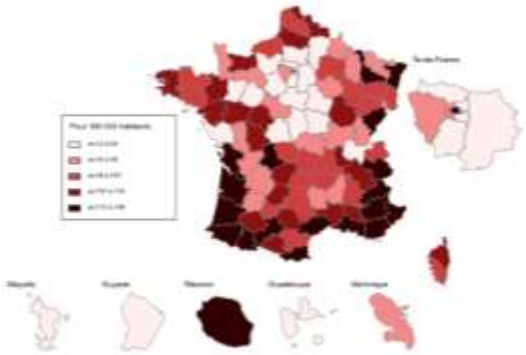
Sources : Cour des comptes, d'après données Adeli, RPPS, Projection DREES 2015
Champ : France métropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et Réunion). Début de la période de projection en 2015.

2 - Une répartition géographique inégale

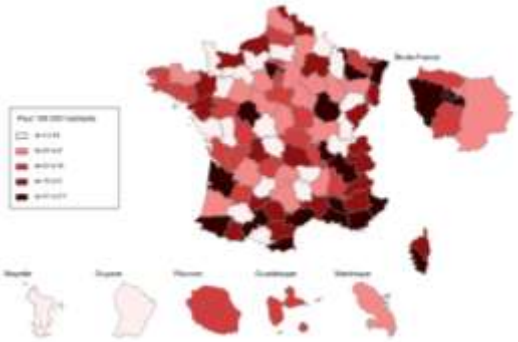
La densité moyenne des médecins, tous modes d'exercice confondus, est relativement stable depuis 2000, avec 337 médecins pour 100 000 habitants toutes spécialités confondues au 1er janvier 2016 (contre 326 pour 100 000 en 2000) et 154 médecins généralistes pour 100 000 habitants (contre 157 pour 100 000 en 2000), ce qui situe la France dans la moyenne des pays membres de l'OCDE[263].

[263] La densité moyenne est de 330 médecins pour 100 000 habitants en 2013. Ce chiffre inclut les médecins dispensant des soins aux patients, quel que soit le mode d'exercice, et ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur (ce qui représente 5 à10 % de médecins en plus selon l'OCDE). La densité pour la France est, selon l'OCDE, de 330 médecins pour 100 000 habitants.

Densité départementale des médecins généralistes libéraux ou mixtes en 2016



Densité départementale des médecins spécialistes libéraux ou mixtes en 2016



Source : Cour des comptes, d'après données DREES

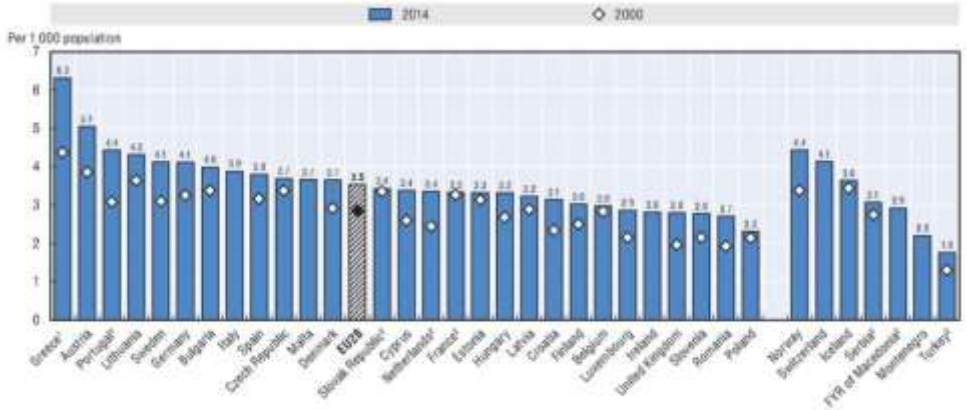
3 - Des éléments de comparaison internationale

Le nombre de médecins a progressé dans presque tous les pays de l'OCDE, à la fois en nombre absolu et par habitant.

La croissance a été particulièrement rapide dans certains pays où la densité était faible en 2000 (Turquie, Corée et Mexique), mais aussi dans des pays où les médecins étaient déjà nombreux comme la Grèce ou l'Autriche. En Grèce, le nombre de médecins par habitant a fortement augmenté entre 2000 et 2008. L'Australie et le Royaume-Uni ont aussi enregistré une hausse importante du nombre de médecins, principalement en raison de la forte progression du nombre de nouveaux diplômés des écoles nationales de médecine.

Après la récession de 2008-09, le nombre de médecins a continué à croître dans la plupart des pays de l'OCDE. Toutefois, un ralentissement a été constaté dans certains pays tels que la Grèce. Au Royaume-Uni, la croissance n'a guère ralenti et on comptait, en 2013, 15 % de plus de médecins en exercice qu'en 2008.

Densité de médecins pour 1 000 habitants



1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016

B - Les autres professions médicales

Contrairement aux chirurgiens-dentistes dont les effectifs stagnent depuis 2000, les effectifs de sages-femmes enregistrent une augmentation de 50 %, passant de 14 862 sages-femmes en 2000 à 22 312 en 2016. La densité des sages-femmes a ainsi quasiment doublé en vingt-cinq ans pour atteindre, au 1er janvier 2016, 153 praticiennes pour 100 000 femmes en âge de procréer selon la DREES. Cette croissance est soutenue par l'évolution du *numerus clausus* et par l'augmentation des effectifs libéraux, qui représentent désormais 28 % des effectifs en exercice en 2016 (avec 6 193 sages-femmes contre 2 029 en 2000), soit un taux de croissance annuel moyen de 7,22 % depuis 2000, qui s'accélère depuis 2010 (8,97 %).

Au 1er janvier 2016, on dénombre 74 489 pharmaciens, tous modes d'exercice confondus, contre 59 298 en 2000, soit une augmentation de 26 %. Les trois quarts des pharmaciens exercent en officine, selon la DREES. Ils sont répartis par moitié entre titulaires d'officine (qui exercent en tant que profession libérale) et adjoints d'officine, qui sont des salariés. On constate une diminution des effectifs de titulaires d'officine depuis 2010, mais une relative stabilité de la densité qui passe de 109 pharmaciens pour 100 000 habitants en 2000 à 112 pour 100 000 en 2016.

C - Les auxiliaires médicaux

1 - Une augmentation très dynamique des effectifs, surtout en libéral

Au 1er janvier 2016, 937 900 auxiliaires médicaux (dont 240 316 libéraux) sont recensés par le répertoire Adeli, alors qu'ils n'étaient que 509 256 (dont 126 042 libéraux) en 2000. À périmètre constant, les effectifs ont augmenté de 73 %, soit un taux de croissance annuel de 3,5 % depuis 2000. Cette hausse est variable selon les professions considérées. Elle est de 69,6 % pour les infirmiers avec un taux de croissance annuel moyen de 3,1 %, de 63,3 % pour les masseurs-kinésithérapeutes avec un rythme annuel moyen de 3,2 %, ou encore de 103 % pour les orthoptistes (taux de croissance annuel moyen de 3,6 %).

Comme l'a déjà relevé la Cour[264], ce dynamisme démographique est soutenu par l'augmentation de 91 % de l'effectif libéral (depuis 2000) selon un taux de croissance annuel moyen de 4 %[265], avec une accélération depuis 2010. Les dynamiques sont très variables d'une profession à l'autre : les effectifs infirmiers ont augmenté de 98 %, ceux des masseurs-kinésithérapeutes de 67 %, ceux des orthophonistes de 81,6 %, ceux des orthoptistes de 67 % et ceux des pédicures-podologues de 54 %. La croissance des effectifs libéraux est systématiquement plus importante que celle des effectifs salariés, à l'exception des orthoptistes et des pédicures-podologues. La répartition entre modes d'exercice reste cependant relativement stable dans le temps.

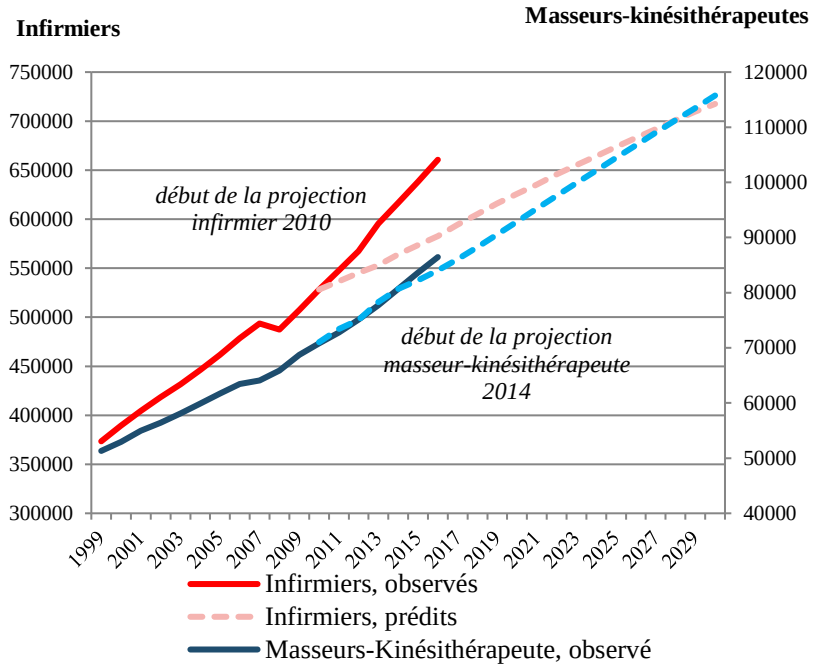
Les infirmiers constituent toujours la première profession de santé en termes d'effectifs. Ils atteignent un maximum historique, que l'on considère les effectifs en valeur absolue ou la densité. Le taux de croissance des infirmiers est très supérieur à celui de la population française (+0,7 % en moyenne annuelle depuis 2000) et, dans une moindre mesure, de la population des personnes âgées de plus de 70 ans (+1,7 %). Cette augmentation devrait se poursuivre d'ici 2030, selon les projections du

[264] Relevé d'observations définitives relatives aux dépenses d'assurance maladie, liées aux auxiliaires médicaux en exercice libéral (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste et pédicure-podologue), délibéré par la sixième chambre de la Cour des comptes en février 2016.

[265] 35 % pour l'ensemble des professionnels de santé selon un rythme annuel moyen de 3,3 % et 51 % pour l'ensemble des auxiliaires médicaux selon un rythme annuel moyen de 4,6 %.

scénario tendanciel de la DREES, à un rythme moyen de +1,2 % par an, comme le suggère le graphique ci-dessous.

Évolution des effectifs d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes



Sources : Adeli pour l'observé, DREES pour le projeté. Champ : France entière

Il y avait, au 1er janvier 2016, 161 273 professionnels de la rééducation, qui regroupent les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les diététiciens. Les effectifs totaux ont enregistré une forte augmentation depuis 2000, avec de grandes disparités d'évolution selon les professions. La croissance la plus forte concerne les ergothérapeutes (les effectifs ont été multipliés par 18 environ) et les psychomotriciens (577 % d'augmentation d'effectifs).

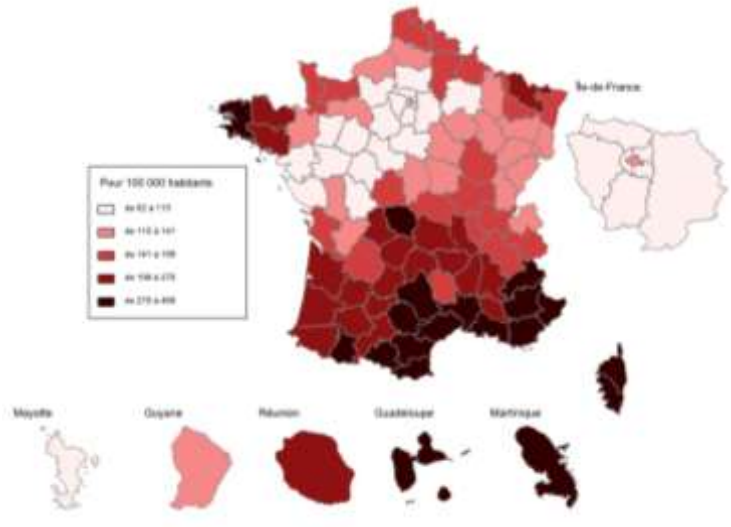
La démographie très dynamique des auxiliaires médicaux résulte non seulement de l'augmentation du nombre des jeunes diplômés, y compris pour les professions régies par des quotas de formation, qu'ils aient étudié en France ou à l'étranger, mais aussi par l'essor des professions de l'appareillage (70 % depuis qu'ils font l'objet d'un suivi statistique en 2009). Ces dernières comptent 41 147 personnes au 1er janvier 2016, dont 83 % d'opticiens-lunetiers, soit 34 370 personnes (contre 10 143 en 2000). Si ces professions étaient déjà reconnues comme profession de santé avant 2000, elles n'ont fait l'objet d'une obligation d'enregistrement auprès des autorités sanitaires que récemment. Leur intégration aux statistiques des professionnels de santé augmente donc mécaniquement les effectifs. La seule reconnaissance comme profession de santé au sens du code de la santé publique depuis 2000 concerne les diététiciens[266], avant la loi de modernisation de notre système de santé.

2 - Une inégale répartition géographique des auxiliaires libéraux

Les contrastes sont extrêmement marqués en ce qui concerne la répartition géographique des auxiliaires médicaux libéraux, entre un Sud – et particulièrement un littoral méditerranéen – très bien doté, et les zones délaissées de la couronne parisienne et du grand bassin parisien et d'une large bande centrale de la France.

[266] Ordonnance du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé, ratifiée par la loi du 30 janvier 2007.

Densité départementale des infirmiers libéraux ou mixtes en 2016

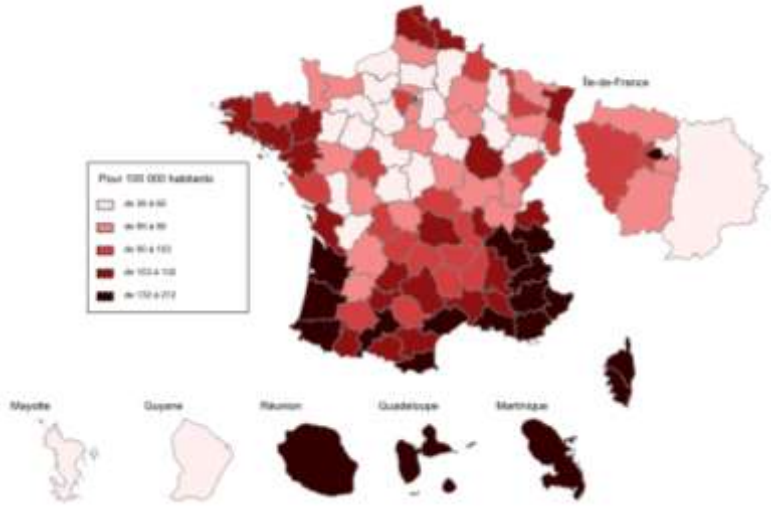


Source : Cour des comptes, d'après données DREES

Malgré leur nombre et leur vive croissance démographique, les infirmiers libéraux ont la plus mauvaise distribution géographique rapportée à la population. Les infirmiers sont très concentrés dans certaines zones, comme la Bretagne (notamment le Finistère), le littoral méditerranéen, la Corse, la Gironde et le littoral breton. Les densités les plus fortes se retrouvent en Haute-Corse (466,2), en Corse-du-Sud (420,4), dans les Pyrénées-Orientales (402,7), et en Martinique (397,3). Ils sont beaucoup moins nombreux dans le bassin parisien et dans le Centre-Ouest. Les densités les plus faibles se retrouvent en région parisienne : Seine-Saint-Denis (62), Hauts-de-Seine (63,9), Yvelines (64,5) et Val-de-Marne (65,3).

Les masseurs-kinésithérapeutes sont, quant à eux, concentrés sur les littoraux aquitains et méditerranéens ainsi que dans les Alpes, et sont en nombre relativement faible dans le grand bassin parisien, les Deux-Sèvres et la Vienne. Les départements métropolitains les moins biens dotés sont la Seine-Saint-Denis (47,7, l'Eure-et-Loir (48,7) et l'Oise (50), les mieux dotés sont les Pyrénées-Atlantiques (179,3), l'Hérault (194,4) et les Hautes-Alpes (212,5).

Densité départementale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou mixtes en 2016



Source : Cour des comptes, d'après données DREES

Pour ces deux professions, la situation des départements d'outre-mer (DOM) est atypique en comparaison avec les médecins et les chirurgiens-dentistes. Pour les infirmiers, le département de Mayotte (90,8), même s'il reste mal doté, se classe au 91ème rang et ne décroche donc pas par rapport aux autres départements ; la Martinique (397,4) et la Guadeloupe (395,9) apparaissent très bien dotés et se classent respectivement aux 4ème et 5ème rangs. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, Mayotte (28,2) et la Guyane (45,7) sont les deux départements les moins bien dotés, mais La Réunion est très bien dotée (4ème rang français) et les Antilles figurent parmi les 20 % les mieux dotés.

L'activité des professions paramédicales est en grande partie dépendante des prescriptions des médecins. Il se constitue ainsi, par synergie, de véritables métropoles médicales et paramédicales, alors que se cumulent les difficultés dans d'autres zones.

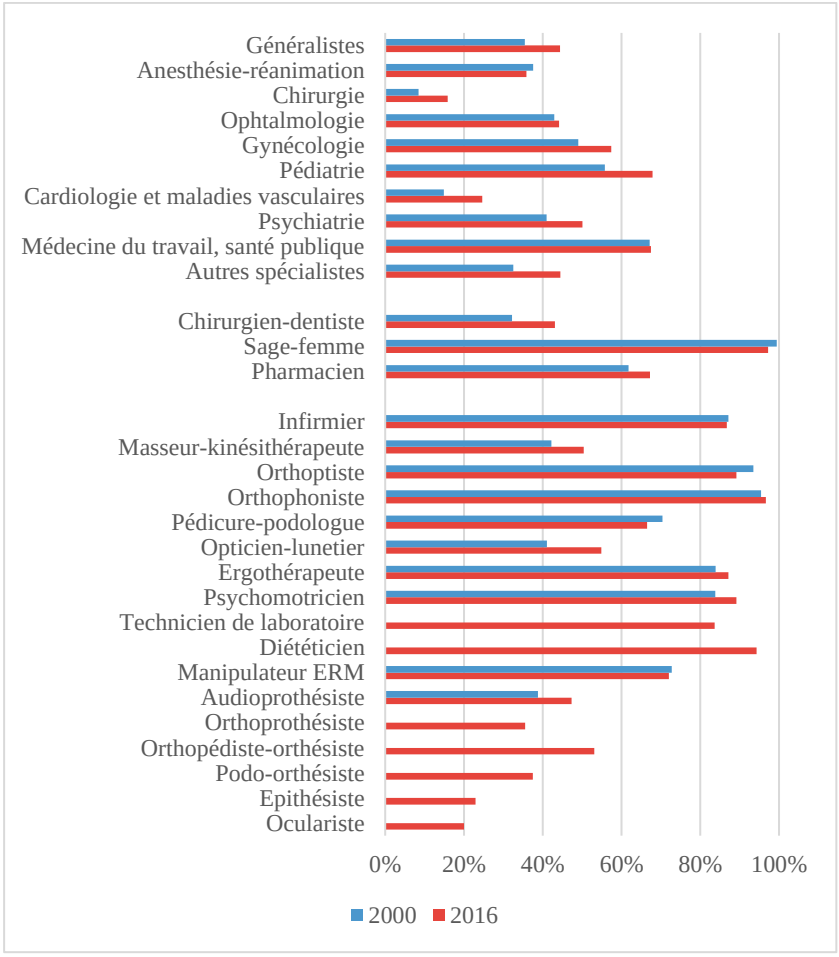
D - Féminisation et vieillissement, deux autres tendances démographiques de fond

Au 1er janvier 2016, les professionnels de santé sont en majorité des femmes, certaines professions étant presque exclusivement féminines comme celle d'orthophoniste ou de sage-femme (97 %). Seules sept professions de santé comptent plus d'hommes en exercice que de femmes parmi lesquelles les médecins avec 44 % de femmes ou les audioprothésistes (47 %)[267]. En particulier, si les femmes ne représentent que 44 % de l'ensemble des médecins, elles ne constituaient que 36 % des effectifs en 2000 et 30 % en 1990. Elles sont aujourd'hui majoritaires parmi les médecins actifs de moins de 55 ans (53 %) selon la DREES.

La part de femmes dans les effectifs diffère fortement selon la spécialité exercée, de 5 % pour la chirurgie orthopédique à 75 % pour l'endocrinologie et 72 % pour la gynécologie médicale mais seulement 47 % pour la gynécologie obstétrique. Elle est de 44 % pour les généralistes. Cette tendance à la féminisation devrait se poursuivre compte tenu de la part croissante des femmes dans les promotions d'élèves et d'étudiants en formation.

[267] Auxquels s'ajoutent les chirurgiens-dentistes (43 %), les orthoprothésistes (36 %), les podo-orthésistes (38 %), les ocularistes (20 %) et les épithésistes (23 %).

Taux de féminisation des professions de santé en 2000 et 2016



Sources : RPPS, Adeli.

Par ailleurs, les professionnels de santé en exercice vieillissent. L'âge moyen des médecins atteint désormais 51 ans. Ce recul de l'âge moyen est à rapprocher de l'évolution du *numerus clausus* sur longue période : les médecins issus des promotions encore nombreuses des années 1970-1980 sont aujourd'hui proches de la retraite et gonflent les effectifs de médecins âgés, alors que les promotions plus récentes sont encore moins nombreuses malgré la remontée du *numerus clausus* dans les années 2000, qui devrait inverser cette tendance à moyen terme. Au-delà des moyennes

toutes spécialités confondues, l'âge moyen reste un facteur qui différencie fortement les spécialités. Il varie en effet de 43 ans pour l'hématologie à 60 ans pour les gynécologues médicaux. Cette dispersion s'explique par l'évolution des postes offerts aux étudiants en intégrant l'effet retard dû à la durée des études (comme pour les gynécologues médicaux ou les ophtalmologues), par un désaveu des jeunes générations qui se traduit par des places vacantes après les épreuves classantes nationales (comme pour les médecins du travail) et par la redéfinition de certains champs disciplinaires (comme pour l'hématologie).

Même si les auxiliaires médicaux se caractérisent par des effectifs plus jeunes que les professions médicales et pharmaceutiques, leur âge moyen recule, quel que soit le mode d'exercice : de 40,9 ans en 2000 à 42,8 ans en 2014 en moyenne pour ces cinq catégories[268].

Ces deux tendances de fond, couplées à des changements de comportement générationnels visant à privilégier un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, ont des conséquences en termes de temps de travail des professionnels de santé et donc de réponse concrète aux besoins de la population. Si les professionnels de santé n'ont jamais été aussi nombreux et devraient continuer à augmenter d'ici à 2030-2040, le sentiment de pénurie ressenti s'explique largement par leur inégale répartition géographique.

[268] Infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue.

Annexe n° 2 : dispositifs de régulation géographique des installations des professionnels de santé libéraux

Les mesures relatives à la répartition géographique des professionnels de santé libéraux relèvent essentiellement d'incitations financières à l'installation dans les zones sous-dotées. Elles se sont multipliées, sans coordination et sans vision d'ensemble entre les différents acteurs institutionnels (État, sécurité sociale, collectivités territoriales) et sans impact réel puisque les écarts de densité entre départements n'ont guère diminué entre 2000 et 2016 comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Écarts de densités départementales en 2000 et en 2016 (pour 100 000 habitants)

Spécialités	**2000**		**2016**	
	Moyenne	**Département**	**Moyenne**	**Département**
Spécialistes	85	Min : 31 (Haute-Loire)	94	Min : 35 (Eure)
		Max : 251 (Paris)		Max : 277 (Paris)
Généralistes	114	Min : 84 (Mayenne)	104	Min : 69 (Eure-et-Loir)
		Max : 180 (Paris)		Max : 140 (Hérault)
Infirmiers	97	Min : 41 (Seine Saint-Denis)	173	Min : 62 (Seine Saint-Denis)
		Max : 230 (Tarn)		Max : 466 (Haute Corse)
Masseurs-kinésithérapeutes	69	Min : 32 (Haute-Saône)	103	Min : 48 (Seine Saint-Denis)
		Max : 138 (Paris)		Max : 212 (Hautes-Alpes)

Source : Cour des comptes, d'après données DREES ; France métropolitaine.

A - Les incitations financières conventionnelles à l'installation dans les zones déficitaires

1 - Les médecins

Deux instruments ont été mis en place par la convention de 2011 pour favoriser ou préserver les installations en zones sous dotées :

- L'option « Démographie » :

Peuvent y souscrire les médecins libéraux exerçant en groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé, en secteur 1, ou en secteur 2 s'ils ont adhéré à l'option de coordination ou bien s'ils acceptent d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients de la zone déficitaire. Les médecins doivent s'engager à réaliser leur activité aux 2/3 dans une zone sous dotée, y être installés ou installés à proximité, ne pas cesser leur activité ni changer de lieu d'exercice pendant 3 ans, et assurer la permanence des soins, en y participant, en faisant appel à des remplaçants ou en se coordonnant avec d'autres praticiens.

En contrepartie, les médecins reçoivent une aide à l'activité égale, pour les médecins exerçant au sein d'un groupe, à 10 % du montant de l'activité (plafonnée à 20 000 €), assortie d'une aide à l'investissement de 5 000 € par an pendant 3 ans, et, pour les médecins exerçant dans le cadre d'un pôle de santé, une aide à l'activité égale à 5 % du montant de l'activité (plafonnée à 10 000 €), assortie d'une aide à l'investissement de 2 500 € par an pendant 3 ans.

- L'option « Santé solidarité territoriale » :

Cette option vise à encourager les médecins n'exerçant pas dans une zone sous dotée à dégager une partie de leur temps médical pour prêter main forte à leurs confrères. Ils doivent s'engager pour une durée de 3 ans, et exercer au minimum 28 jours par an dans une zone sous dotée. Ils reçoivent en contrepartie une rémunération complémentaire égale à 10 % du montant de l'activité réalisée en zone sous dotée (plafonnée à 20 000 €), ainsi qu'une prise en charge des frais de déplacement.

Ces dispositifs ont été remplacés dans la convention de 2016 par les contrats suivants :

- Un contrat-type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM) :

Dans les zones sous dotées : principal élément du dispositif, il propose une aide forfaitaire pouvant aller jusqu'à 50 000 €, auxquels s'ajoutent 2 500 € en cas de réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein d'un hôpital de proximité, pour une installation dans une zone sous dotée, contre un engagement d'y exercer pendant cinq ans consécutifs. En contrepartie, les médecins doivent s'installer dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins, exercer une activité dans le secteur à honoraires opposables ou être signataires de l'OPTAM, exercer au sein d'un groupe ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires, et s'engager à participer au dispositif de permanence de soins ambulatoires.

- Un contrat de transition pour les médecins (COTRAM) :

Ce contrat est destiné aux médecins préparant leur sortie d'exercice : ils peuvent recevoir une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de leur activité dans la limite de 20 000 € par an s'ils s'engagent à accompagner un nouveau confrère installé dans leur cabinet pendant trois ans. Les médecins bénéficiaires doivent exercer dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins, exercer une activité libérale conventionnée, être âgés de 60 ans et plus, accueillir au sein de leur cabinet un médecin qui s'installe dans la zone, âgé de moins de 50 ans.

- Un contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) :

Ce contrat est destiné à valoriser la pratique des médecins exerçant dans les zones sous dotées et qui soit exercent de façon regroupée, soit appartiennent à une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale, en leur attribuant une rémunération forfaitaire de 5 000 € par an. Les médecins bénéficiaires doivent s'installer dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins, exercer une activité libérale conventionnée, exercer au sein d'un groupe ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires.

- Un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) :

Ce contrat a pour objet d'inciter les médecins qui ne sont pas installés en zone sous dotée à apporter leur aide aux confrères qui y sont installés pendant un minimum de 10 jours par an, contre une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de l'activité durant cette période.

2 - Les chirurgiens-dentistes

Mis en place par l'avenant n° 2 publié en juillet 2012, le contrat incitatif chirurgien-dentiste vise à favoriser leur installation et leur maintien dans des zones « très sous dotées ». Les praticiens concernés doivent exercer leur activité libérale conventionnelle à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée », et avoir un taux de télétransmission de feuilles de soins supérieur ou égal à 70 % de leur activité. Ils doivent également exercer en groupe ou bien recourir régulièrement au remplacement pour assurer la continuité des soins.

En cas de nouvelle installation dans ces zones en qualité de chirurgien-dentiste libéral, le contrat permet de percevoir une aide forfaitaire à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels d'un montant total de 15 000 € pour 5 ans, et de bénéficier d'une prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales pendant 3 ans. Pour les chirurgiens-dentistes déjà installés dans ces zones, le contrat permet de bénéficier de cette prise en charge des cotisations pendant 3 ans.

3 - Les infirmiers

Après une phase expérimentale rendue possible par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008[269], l'avenant n°3 à la convention nationale des infirmiers libéraux, approuvé par arrêté du 25 novembre 2011, a consolidé les mesures incitatives et restrictives, initiées dans le cadre de l'avenant n°1 d'octobre 2008, pour contribuer au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers entre des zones très sous dotées et des zones sur-dotées[270] :

[269] Modification de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale.

[270] Il s'agit des zones définies par les partenaires conventionnels (UNCAM et organisations représentatives), puis validées par arrêté des ARS après des modifications marginales.

- Dans les zones « très sous dotées » est proposé le contrat santé solidarité.

Peuvent y souscrire les infirmiers exerçant en groupe ou bien ayant recours régulièrement au remplacement pour assurer la continuité des soins. Les professionnels s'installant ou déjà installés dans ces zones doivent s'engager à exercer 2/3 de leur activité libérale conventionnelle dans la zone, à avoir un taux de télétransmission au minimum de 80 %, à réaliser les injections vaccinales contre la grippe dans le cadre des campagnes de l'assurance maladie, et à assurer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, notamment insulino-dépendants. En contrepartie, les professionnels concernés reçoivent une aide à l'équipement d'un montant maximal de 3 000 € par an pendant 3 ans, et bénéficient de la prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales ;

- Dans les zones « sur dotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité dans la zone.

Ces mesures ont été pérennisées par l'avenant n° 3 approuvé en novembre 2011, qui a remplacé le contrat santé solidarité par le contrat incitatif infirmier, avec des modalités identiques. Cet avenant a par ailleurs conduit à un doublement du nombre de zones sur-dotées et très sous dotées.

4 - Les masseurs-kinésithérapeutes

L'avenant n°3, signé le 30 novembre 2011 et approuvé par arrêté du 10 janvier 2012, a fait l'objet d'une annulation partielle par le Conseil d'État[271] entraînant la suppression des dispositions relatives aux mesures restrictives à l'installation dans des zones sur-dotées. Il ne contient donc plus que des mesures incitatives pour encourager les installations ou le maintien en exercice libéral dans les zones très sous dotées et sous dotées. Tel est l'objet du « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute » dont les modalités sont identiques à celles du contrat incitatif infirmier à l'exception

[271] CE, 17 mars 2014, *Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs des Landes*. Le Conseil d'État a annulé les dispositions conventionnelles relatives aux limitations à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes en zones sur-dotées pour absence de base légale suffisante. Contrairement à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale pour les infirmiers, les dispositions de l'article L. 162-12-9 du même code ne donnaient pas compétence aux partenaires conventionnels pour limiter de façon contraignante les possibilités de conventionnement en fonction de la zone d'installation.

du taux de télétransmission qui est fixé à 70 % et des engagements relatifs à la vaccination et au suivi des patients atteints de pathologies chroniques.

5 - Les orthophonistes

L'avenant n°13 conclu le 29 mars 2012 et approuvé par arrêté du 4 mai 2012 instaure un dispositif expérimental de régulation démographique, d'une durée de trois ans, au moyen de mesures exclusivement incitatives à l'installation et au maintien en exercice libéral dans les zones très sous dotées. Tel est l'objet du « contrat incitatif orthophoniste » qui est accessible aux orthophonistes déjà installés ou souhaitant s'installer dans des zones très sous dotées, qu'ils exercent en groupe ou de manière isolée. Sous réserve que les professionnels concernés exercent les 2/3 de leur activité libérale conventionnelle dans la zone, perçoivent des honoraires minimum équivalents à 10 % des honoraires moyens de la profession en France, aient un taux de télétransmission supérieur ou égal à 80 % et exercent pendant au moins trois ans dans la zone, l'assurance maladie s'engage, d'une part, à prendre en charge pendant trois ans postérieurement à l'adhésion au contrat la totalité des cotisations dues à l'URSSAF au titre des allocations familiales et, d'autre part, à verser une aide à l'équipement d'un montant maximum de 1 500 € par an pendant trois ans. Cette aide forfaitaire peut atteindre un montant maximum de 3 000 € pour les orthophonistes qui quittent une zone sur-dotée où ils exerçaient depuis plus de 5 ans et percevaient des honoraires annuels moyens de plus de 5 000 € pour s'installer dans une zone très sous dotée.

B - Les aides de l'État

Le Pacte territoire santé 1 a été lancé en décembre 2012 dans le but d'améliorer l'accès aux soins de proximité et de réduire les inégalités entre les territoires. Il porte sur un ensemble de leviers, de la formation aux conditions d'exercice. Un Pacte territoire-santé 2 (PTS 2) a été lancé fin 2015 afin de renforcer les mesures déjà prises. Le PTS 2 comprend deux axes et 10 engagements. L'axe 1 (pérenniser et amplifier les actions menées depuis le PTS 1) comprend notamment le développement des stages des futurs médecins en cabinet de ville, la facilitation de l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles (cf. *infra*), et le développement du travail en équipe. L'axe 2 (innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires) comprend des mesures relatives à la formation, dont l'augmentation ciblée du numerus clausus régional, et des dispositions d'accompagnement de l'organisation des soins primaires dans les territoires, comme le développement de l'accès à la télémédecine.

En matière d'incitations financières à l'installation, l'État intervient essentiellement au moyen de contrats signés en cours d'études ou à la fin des études.

Un contrat d'engagement de service public (CESP) a été mis en place par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Les signataires du CESP bénéficient d'une allocation brute mensuelle de 1 200 € jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer dans une zone fragile. La durée de leur engagement est égale à celle de versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans. Ce contrat a été intégré et étendu dans le pacte territoire santé 1 lancé en décembre 2012 par la ministre de la santé pour améliorer l'accès aux soins de proximité et réduire les inégalités entre les territoires. Il a notamment été ouvert aux étudiants en odontologie.

Évolution cumulée du nombre de CESP depuis 2012

2012		**2013**	**2014**	**2015**	***Objectif 2017***
355		550	880	1325	*1700*

Source : Pacte territoire santé – présentation ministérielle du 16 novembre 2015

Selon les indications de la DGOS, le nombre de CESP était de 1 795 en septembre 2016, dont un quart au titre de la seule campagne 2015-2016. En juin 2016, 135 jeunes médecins signataires de ce contrat avaient terminé leur formation et exerçaient en zone fragile.

Les contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) visent à accompagner et à sécuriser le jeune médecin en médecine générale dans les premiers mois de l'installation en territoire fragile. Ils sont souscrits au moment de l'installation. Le dispositif comporte une garantie de ressource (6 900 € bruts par mois) et une protection sociale améliorée (rémunération garantie durant le congé maternité). La LFSS pour 2015 a par ailleurs créé le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), pendant du PTMG étendu aux médecins spécialistes. 665 contrats de PTMG/PTMA avaient été signés en septembre 2016.

Les contrats de praticiens isolés à activité saisonnière (PIAS) ont été créés par la LFSS pour 2015. Ils permettent le versement d'une rémunération complémentaire par les ARS aux médecins généralistes conventionnés exerçant dans les territoires isolés et respectant certaines conditions (activité marquée par une forte saisonnalité, niveau de revenu,

respect des tarifs opposables). Les avantages comportent une aide à l'investissement d'un montant forfaitaire annuel de 2 300 € et une aide à l'activité correspondant à 5 % des revenus annuels de soins, plafonné à 4 600 € par an.

Ces contrats sont cumulables avec les aides de l'assurance maladie, sans dépasser un plafond de 23 000 € par an dans le cas du PIAS.

Au titre de l'année 2016, 500 contrats de praticiens territoriaux de médecine générale et 100 contrats de praticiens isolés à activité saisonnière ont été autorisés. Le coût annuel de ces différents dispositifs augmente rapidement : il est passé de 8,3 M€ en 2013 à 20,4 M€ en 2015.

Coût consolidé au niveau national des CESP et des PTMG de 2013 à 2015

	CESP	PTMG	TOTAL
2013	8 217	113	8 330
2014	12 789	1 143	13 932
2015	18 336	2 163	20 449

Source : DGOS, rapports sur le fonds d'intervention régional, CNAMTS ; tableau Cour des comptes.

Les praticiens libéraux peuvent également bénéficier de la part de l'État :

- d'un certain nombre d'exonérations fiscales (zones de revitalisation rurales définies à l'article 1465A du code général des impôts, zones d'aides à finalité régionale définies par le décret n° 2007-732 du 7 mai 2007, exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations obtenues dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires à hauteur de 60 jours par an dans les zones fragiles) ;
- d'exonérations de cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (création d'activité en zones de revitalisation rurale, ou création et reprise d'activité dans une commune de moins de 2 000 habitants) ;
- d'exonération des cotisations patronales pour embauche d'un salarié dans les zones de redynamisation urbaine et dans les zones de revitalisation rurale.

C - Les aides des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales sont de même habilitées à octroyer aux professionnels de santé différentes natures d'aides à l'installation ou au maintien :

- prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement, mise à disposition de locaux ou d'un logement, versement d'une prime d'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire dans les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé (articles L. 1511-8, R. 1511-44 et R. 1511-45 du code général des collectivités territoriales -CGCT) ;
- aide au logement des étudiants de troisième cycle de médecine générale (articles L. 1511-8 et D. 1511-52 du CGCT) dans les mêmes zones ;
- prise en charge des déplacements dans le cadre des stages des étudiants de 3ème cycle (articles L. 1511-8 et D. 1511-53 du CGCT) dans les mêmes zones ;
- indemnités d'études et de projet professionnel à destination des étudiants à partir de la 2ème année, dans les mêmes zones, en contrepartie de quoi le bénéficiaire s'engage à exercer pendant au moins trois ans dans une zone déficitaire.

Il n'existe malheureusement aucun recensement des aides ni aucun chiffrage de leur coût au niveau national.

D - Suivi des dispositifs démographiques

1 - Bilan des aides versées hors prise en charge des cotisations sociales

À fin de 2015 étaient recensés 8 773 adhérents à des contrats incitatifs toutes professions confondues, dont 89 % ont rempli les conditions d'éligibilité. Le montant total des aides versées en 2016 au titre de 2015[272] s'élève à 46,5 M€, soit une augmentation de 16,2 % par rapport

[272] Données prévisionnelles – les CPAM n'ont pas toutes remonté les paiements effectués.

à 2014 (40 M€) et de 30 % par rapport à 2013 (35,8 M€), ce qui illustre la montée en charge de ces dispositifs et leur coût croissant.

À ces aides, il faut rajouter le montant de la prise en charge des cotisations au titre des allocations familiales qui a été de 4,6 M€ (3,9 M€ pour le régime général + 0,7 M€ pour les autres régimes) pour 2015, la CNAMTS ne disposant pas du détail par profession.

Le montant total des aides versées en 2015 au titre de 2014 s'élève à 40 M€, soit une augmentation de 11,7 % par rapport à 2013 (35,8 M€ hors prise en charge des cotisations sociales). L'aide des médecins se décompose à hauteur de 9 M€ pour l'aide forfaitaire (soit 4 882 € par médecin) et 19,3 M€ pour l'aide à l'activité (soit 10 417 € par médecin).1 985 médecins adhérents (95,7 %) font partie d'un groupe et 89 (4,3 %) d'un pôle de santé.

Parmi les chirurgiens-dentistes, 363 adhésions (87,5 %) concernent un maintien dans la zone et 52 une adhésion pour nouvelle installation (12,5 %).

Aides conventionnelles versées à l'installation ou au maintien des professionnels de santé dans des zones sous-dotées

Paiements 2015 au titre de 2014	Médecins				Infirmières		Masseurs-kinés	Sages-femmes	Orthophonistes	Chirurgiens-dentistes	TOTAL
	Avenant 20	Option démographie	Option SST (hors prise en charge des frais de déplacement)		CSS	CII	CIMK	CISF	CIO[273]	CICD[274]	
Nombre	39	2 075	28		237	1979	1 880	432	794	461	7 925
Nombre	39	1 862	12		225	1 645	1 667	401	762	405	7 016
% d'éligibles	100%	90 %	43 %		94 %	83 %	89 %	93 %	96 %	88 %	88,5 %
Montant de l'aide	384 416	28 319 217 €		24 665 €	442 282	4 372 381	4 509 247	982 068	208 862 €	780 000 €	40 023
Montant moyen par professionnel	9 857€	15 209 €		2 055 €	1 983 €	2 658 €	2 705 €	2 449 €	985 €	15600 €	5 705 €

Évolution 2013-2014[275]	Médecins				Infirmières	Masseurs-kinés	Sages-femmes	Ensemble des professions
	Avenant 20	Option démographie	Option SST	Total médecin				
Nombre d'adhérents	-91,9 %	19,4 %	27,3 %	-4,5 %	**10,6 %**	18,1 %	53,2 %	15,0 %
Montant de l'aide	-91,0 %	21,6 %	65,4 %	4,3 %	14,9 %	35,7 %	77,6 %	11,7 %

Source : CNAMTS

[273] 212 orthophonistes sur les 762 perçoivent une aide forfaitaire (dont 1 perçoit également la prise en charge des cotisations familiales), les autres perçoivent uniquement la prise en charge des cotisations familiales.

[274] CICD : 52 chirurgiens-dentistes perçoivent une aide forfaitaire (dont 10 perçoivent l'aide forfaitaire et la prise en charge des cotisations familiales), les autres perçoivent uniquement la prise en charge des cotisations familiales.

[275] Les évolutions n'ont pas été calculées dans le détail pour les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes, ces professions étant montées en charge en 2012 et 2013

Suivi des adhésions aux contrats démographiques
Bilan des adhésions aux contrats démographiques

	Médecins			Infirmiers		Masseurs-kinés	Sages-femmes	Orthophonistes	Chirurgiens-dentistes
	Avenant 20	Option démographie	Option Santé solidarité Territoriale	CII	CSS	CIMK	CISF	CIO	CICD
Nombre d'adhésions à fin 2014	39	2 075	40	237	1 979	1 880	432	794	461
Nombre d'adhésions - 1er Trimestre 2015		102	0	133		83	47	27	32
Nombre d'adhésions - 2eme Trimestre 2015		90	0	88		49	22	17	13
Nombre total d'adhésions au 30/06/2015	**39**	**2 267**	**40**	**458**	**1 979**	**2 012**	**501**	**838**	**506**
Nombre d'éligibles au 30/06/2015		5 406		3 207		2 936	697	1195	795
Taux d'adhésion	**43,4%**			**76,0%**		**68,5%**	**71,9%**	**70,1%**	**63,6%**

Sources : Nombre d'adhésions au 1er et 2ème trimestres issu de l'enquête questionnaire réalisée auprès des caisses. Taux de réponse de 93 % pour le 1er trimestre et de 85 % pour le 2ème trimestre. Champ : Le nombre d'éligibles correspond au nombre de professionnels installés en zone déficitaire au 30/06/2015 et ayant perçu au moins 500 € d'honoraires sans dépassement en avril et mai 2015. France entière ; tous régimes à l'exception de quelques petits régimes).

Annexe n° 3 : lien entre la répartition des professionnels de santé libéraux et les dépenses de santé

Les développements de cette annexe visent à répondre à deux questions. La première est celle du lien existant, dans un département donné, entre les dépenses de soins dans une série de domaines d'une part, et la densité des professionnels de santé libéraux[273] d'autre part.

La seconde est celle de l'évaluation des enjeux d'efficience qui, dans les cas où un lien entre le niveau des dépenses de santé et la densité des professionnels de santé a pu être mis en évidence, sont associés à leur meilleure répartition.

Les calculs qui ont été réalisés ne prétendent, sur aucun des deux points, à établir une preuve scientifique dans toute sa rigueur. Ils visent seulement à mettre en évidence des corrélations rigoureusement déterminées sur le premier point, à donner une interprétation possible des ordres de grandeur en cause sur le second, et à attirer en conséquence à nouveau l'attention sur l'importance d'une action publique plus efficace pour adapter l'offre de soins aux besoins effectifs de la population, en en montrant davantage les enjeux d'amélioration possibles.

A - Les densités élevées de professionnels de santé induisent-elles une demande de soins supplémentaire ?

1- Méthode utilisée

La répartition des professionnels de santé révèle d'assez grandes disparités territoriales entre des zones peu densément dotées et d'autres très fortement pourvues. L'objectif des calculs qui suivent est d'examiner si cette répartition s'explique seulement par des facteurs qui sont liés aux besoins de soins, qui peuvent varier d'une zone à l'autre suivant qu'il y a davantage de personnes âgées ou très âgées, et de patients atteints d'affections de longue durée, ou bien si elle est également explicable par la densité des professionnels de santé. Dans le premier cas, on peut

[273] On inclut les professionnels de santé mixtes c'est-à-dire exerçant une partie de leur activité en libéral.

supposer que la répartition des professionnels de santé est adaptée aux besoins, dans le second, un schéma de demande induite peut lui être ajouté[274], la haute densité de professionnels de santé dans certains départements générant une forte consommation de soins, en plus des besoins en santé identifiés.

Pour estimer la pertinence de la seconde de ces explications et sans pouvoir s'appuyer sur des travaux de l'administration, la Cour s'est attachée à calculer la qualité du lien entre plusieurs compartiments de la dépense de soins de ville et les facteurs explicatifs les plus susceptibles d'entraîner une consommation de soins élevés, dont la densité de professionnels de santé.

Méthode d'analyse

Les régressions ont été effectuées sur l'ensemble des 101 départements français.

Ont été examinées, pour huit types de dépenses (omnipraticiens[275], infirmiers, spécialistes, masseurs-kinésithérapeutes, indemnités journalières, médicaments, biologie, dispositifs médicaux, LPP), la relation entre les dépenses par habitant et les variables suivantes :

- densité professionnelle (libéraux ou mixtes) ;
- part des 75 ans et + ;
- part des 60 ans et + ;
- taux d'affections de longue durée (ALD) pour 100 000 habitants ;
- revenu par habitant ;
- part de la population féminine ;
- taux de chômage,
- taux d'équipement hospitalier (nombre de lits).

L'analyse n° 1 consiste en une régression linéaire simple des dépenses de santé sur les variables énumérées *supra*.

[274] Il faut pour cela supposer, comme le fait observer la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé, que les dépenses de santé n'ont pas d'influence en retour sur la densité de professionnels de santé.

[275] Les omnipraticiens regroupent tous les médecins généralistes, y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) tels que l'acupuncture, l'homéopathie, ou la médecine du sport.

L'analyse n° 2 est réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, il est procédé à une régression linéaire, modèle permettant d'estimer l'effet d'une ou de plusieurs variables sur une autre, tout en la contrôlant pour un ensemble de facteurs (ici, des facteurs démographiques et d'état de santé). L'étude procède ensuite à la régression des résidus obtenus à la première estimation sur la variable de densité professionnelle. En d'autres termes, cela implique de chercher à savoir quelle est l'importance de la densité professionnelle sur la part des dépenses par tête non expliquée par les variables démographiques.

Les informations reposent sur les données brutes de l'assurance maladie. Le champ retenu des dépenses est celui des dépenses remboursées par l'assurance maladie, par département et par prestation. Pour les effectifs des professionnels de santé ont été utilisées les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), au 1er janvier 2016. Les taux d'ALD proviennent des données de la CNAMTS. Les données de revenu, de part de la population féminine et de taux de chômage proviennent de l'INSEE. L'ensemble des données utilisées est consultable sur le site de la Cour des comptes.

2- Résultats

a) Analyse n° 1

Dans les cas des huit catégories de dépenses, les résultats des calculs de l'analyse n° 1 montrent qu'avec une forte qualité d'ajustement mesurée par l'indicateur du coefficient de détermination, la densité professionnelle semble expliquer une part importante des dépenses par habitant[276]. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la densité de professionnels de santé est même la seule variable explicative significative.

b) Analyse n° 2

Pour confirmer ce résultat, la Cour a étudié à nouveau le lien entre la dépense de santé et la densité de professionnels de santé, mais après avoir isolé dans un premier temps les disparités dues à la diversité des compositions démographiques (l'âge, la morbidité, le revenu, le taux de

[276]Ce n'est, en revanche, pas le cas pour les dépenses d'indemnités journalières pour lesquelles on ne peut donc pas mettre en évidence un effet d'induction de la dépense par la densité de professionnels de santé.

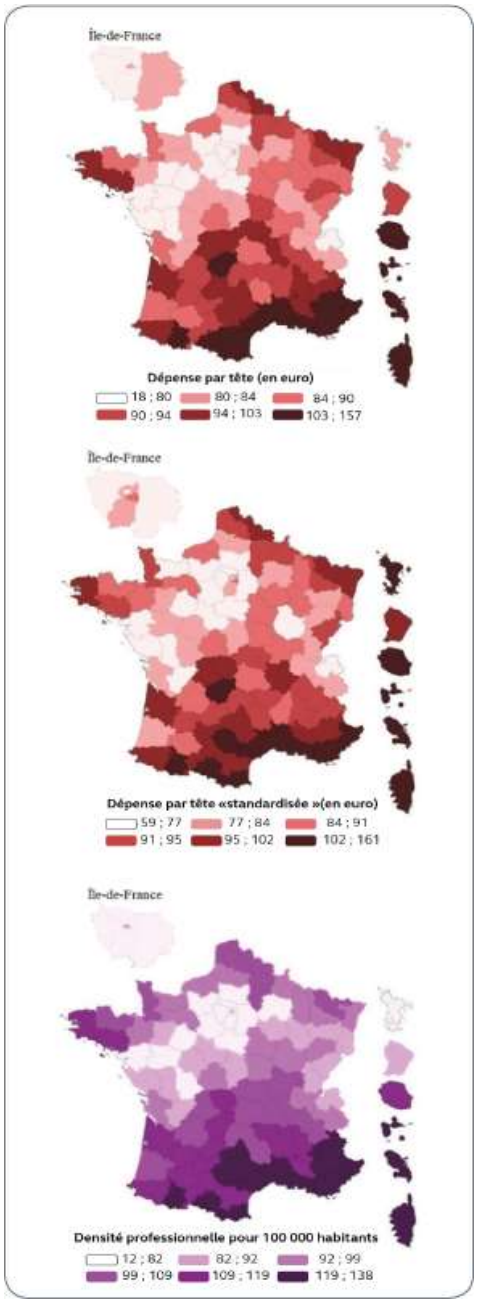
chômage, la part de la population féminine et le nombre de lits d'hôpital), et en s'intéressant dans un second temps à la composante de la dépense de santé qui pouvait être expliquée par la densité de professionnels (analyse n° 2). La qualité de l'estimation, mesurée notamment par le même coefficient de détermination ajusté, diminue alors. Lorsqu'on examine, dans la seconde étape, les liens des résidus de cette régression avec la densité, on trouve au contraire des indices de liens significatifs. Le coefficient de détermination est en effet élevé ou significatif pour les dépenses de masseurs-kinésithérapeutes, d'infirmiers, de spécialistes et même d'omnipraticiens, alors que la Cour avait montré[277] que la plus grande part des disparités était infra départementale. Elle est, en revanche, plus faible et considérée comme non représentative pour les indemnités journalières, la biologie, les médicaments et les dispositifs médicaux.

Pour chacune des catégories suivantes (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, omnipraticiens et spécialistes), il est possible de représenter, par des cartes découpées au niveau départemental, les dépenses brutes observées, les dépenses standardisées, et la densité des professionnels de santé concernés. Les dépenses sont dites standardisées parce qu'elles sont ramenées aux caractéristiques moyennes nationales pour l'ensemble des variables testées : âge, part de la population féminine, prévalence des affections de longue durée, taux de chômage, revenu par habitant et nombre de lits à l'hôpital. Pour certains départements ultra-marins, les données départementales de chômage n'étant pas disponibles, les dépenses standardisées n'ont pas pu être calculées.

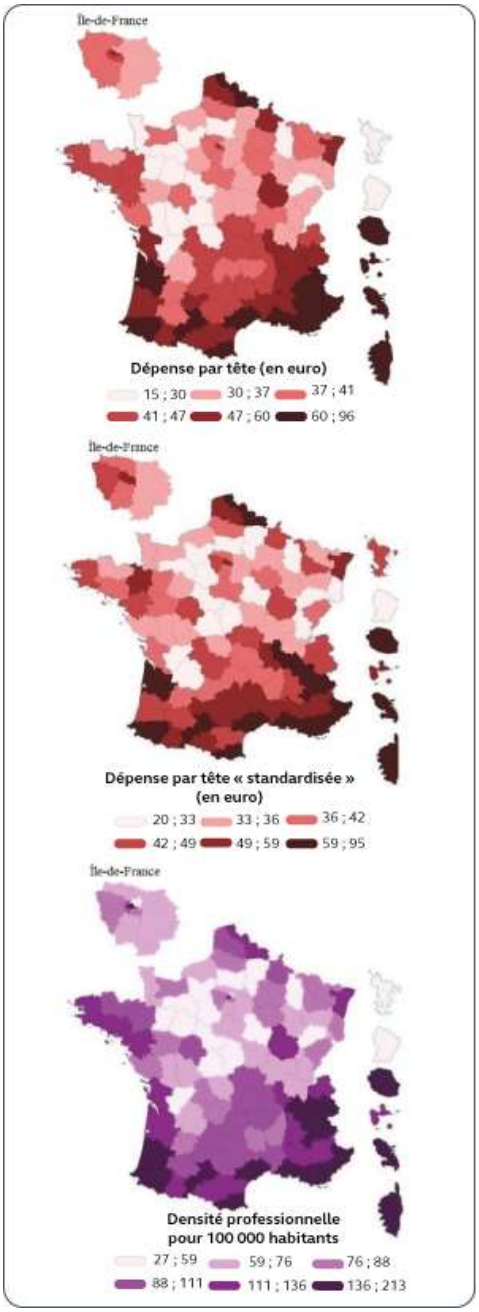
Pour ces quatre catégories de professionnels de santé, la carte des dépenses standardisées et celle de la densité sont presque superposables.

[277] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre V, la répartition territoriale des médecins libéraux, p. 147. La Documentation française, septembre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr

Dépenses d'infirmiers brutes et standardisées comparées à la densité des professionnels

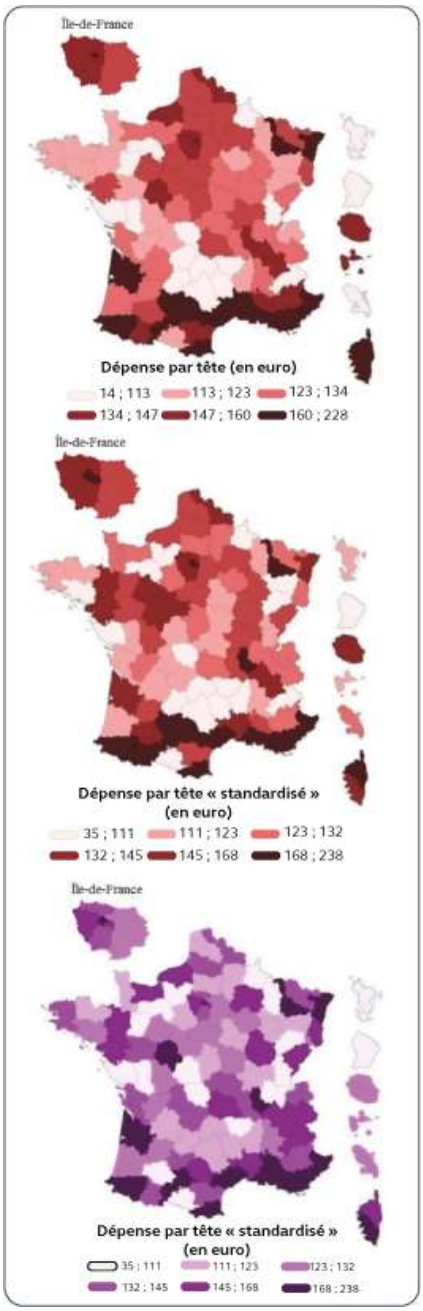


Dépenses de masseurs-kinésithérapeutes brutes et standardisées comparées à la densité des professionnels



Dépenses d'omnipraticiens brutes et standardisées comparées à la densité des professionnels

Dépenses de spécialistes brutes et standardisées comparées à la densité des professionnels



Même si toutes les variables explicatives potentielles des dépenses de santé n'ont pu être testées et si le niveau départemental retenu ici pour les calculs reste très global, ces résultats constituent pour la Cour un indice sérieux de lien causal entre la densité des professionnels de santé et certaines dépenses d'assurance maladie. Ils appellent en tout état de cause des travaux complémentaires des administrations compétentes pour les approfondir.

B - Peut-on donner un ordre de grandeur des enjeux d'efficience associés ?

Il est évidemment très difficile de donner une évaluation exacte des économies qui seraient rendues possibles par une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire, notamment parce que le niveau de référence de ce qui serait une densité optimale est sujet à débat et parce que la possibilité réelle de parvenir à une répartition parfaite des médecins et autres professionnels de santé est problématique. Ces difficultés ne doivent pas pour autant conduire à renoncer à toute tentative de chiffrer les phénomènes en cause, car les problèmes qui leur sont associés sont importants. Afin de progresser dans cette voie tout en tenant compte des difficultés méthodologiques, la Cour a essayé d'approcher, par plusieurs méthodes présentant chacune des avantages et des inconvénients, non pas un volume d'économies possibles mais un gisement de gains d'efficience. Ce dernier ne préjuge pas nécessairement du niveau de l'offre de soins de référence.

Dans une première approche, la Cour a sélectionné, pour les professions et dépenses de santé entre lesquelles une corrélation a été mise en évidence, un échantillon de vingt départements où les dépenses sont les plus élevées[278]. Elle a ensuite, en appliquant à ces départements le niveau moyen des dépenses constaté dans les quatre-vingt-un autres (sur un total de 101) et en le retranchant du niveau total de dépenses constaté, abouti à un gain d'efficience de 3,2 Md€. Le calcul qui a été réalisé ne prétend pas à l'exactitude puisque notamment la sensibilité du résultat à une modification de la clef de répartition 20/81 n'a pas été effectuée, alors qu'elle est susceptible d'avoir un impact sur l'évaluation des gains. Cependant elle fournit une première analyse de la question, qui appelle des approfondissements de la part des administrations concernées.

[278] En vérifiant que cet échantillon n'était pas corrélé avec les variables explicatives autres que la densité de professionnels de santé.

Consommation de soins des 20 départements aux dépenses de ville les plus élevées rapportées à la moyenne des autres départements pour les principales catégories de prestations

Type prestations	Montant pris en compte en Md€	Gains potentiels d'efficience en Md€	Gains potentiels d'efficience (%)
Généralistes	6,146	0,514	8,4 %
Spécialistes	9,78	0,857	8,8 %
Infirmiers	5,657	1,288	22,8 %
Masseurs-kinésithérapeutes	3,239	0,541	16,7 %
TOTAL	**24,822**	**3,2**	**12,9 %**

Source : Cour des comptes, d'après données CNAMTS et INSEE.

Dans une seconde démarche, la Cour a tiré les conséquences de la corrélation entre dépenses et densité des professionnels de santé. Elle a considéré que leur densité moyenne, comparée notamment à celle des autres pays européens, pouvait être regardée comme un point de référence pertinent. Elle a alors estimé qu'une dépense de référence pouvait être dérivée de celle des départements à densité moyenne, en donnant de cette notion deux traductions : un premier groupe rassemblant les 15 départements dont la densité de professionnels de santé est la plus proche de la moyenne, un second, répondant à la même définition mais plus large, pour mieux prendre en compte la diversité des situations sur le territoire, comprenant 30 départements. La Cour a donc calculé, pour chaque catégorie de professionnels de santé et pour ces deux groupes de départements, la dépense moyenne par habitant qui leur est associée. En comparant cette valeur à la dépense moyenne totale, en multipliant le résultat par la population et en ajoutant le résultat obtenu pour chaque catégorie de dépenses, on obtient une autre estimation des gains potentiels d'efficience, compris entre 0,92 Md€ et 1,45 Md€.

Estimations de l'enjeu d'efficience par comparaison des dépenses constatées avec deux niveaux de dépenses simulées correspondant à une répartition plus uniformes des professionnels de santé

Catégorie de dépenses	Dépense constatée	Dépense simulée		Enjeu d'efficience en euro	
		Borne inférieure	Borne supérieure	Borne inférieure	Borne supérieure
Omnipraticiens	3,239	2,922	2,878	0,317	0,361
Spécialistes	9,781	9, 305	8,985	0,476	0,795
Infirmiers	5,657	5,534	5,406	0,123	0,251
Masseurs-kinésithérapeutes	6,146	6,146	6,128	0,000	0,018
Total	**24,822**	**23,906**	**23,397**	**0,916**	**1,425**

Note de lecture : Pour chaque profession de santé, le tableau compare la dépense réelle constatée (colonne 1) à la dépense qui résulterait de l'extrapolation à la France entière de celle des 15, puis de 30 départements qui sont les plus proches de la densité moyenne (les deux sous-colonnes de la colonne 2). Il en résulte par différence l'estimation de l'enjeu d'efficience (colonne 3).
Source : calculs cour des comptes

Ces approches conduisent donc à une première estimation des enjeux d'efficience associés à une meilleure répartition des professionnels de santé dans une fourchette de 0,92 à 3,2 Md€.

Annexe n° 4 : la consommation de soins et de biens médicaux en 2016

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Elle comprend la consommation de soins hospitaliers, la consommation de soins de ville, la consommation de transports de malades, la consommation de médicaments en ambulatoires et la consommation des autres biens médicaux.

En 2016, elle est évaluée, à titre provisoire, à 198,5Md€, soit plus de 2 970 € par habitant. Elle représente 8,9% du PIB.

Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux en 2016

Sécurité sociale	**77,0 %**
État, CMU-C, org. de base	1,4 %
Organismes complémentaires	13,3 %
Ménages	8,3 %

Source : DREES, comptes de la santé, édition 2017.

Réponses des administrations et des organismes concernés

Sommaire

Réponse commune de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics 235
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 241
Réponse du président du Conseil national de l'ordre des médecins 249
Réponse du président du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes 249
Réponse du président de l'Union nationale des professionnels de santé 252
Réponse du directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) 263
Réponse du secrétaire général de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) 268
Réponse du président des entreprises du médicament (LEEM)..... 273
Réponse du directeur général de Bristol-Myers Squibb France..... 277
Réponse du président de Gilead Sciences France 278
Réponse du président de Novartis..... 283
Réponse du président de Merck Sharp & Dohme (MSD) France..... 285

Destinataire n'ayant pas d'observation

La Doyenne du Collège de la Haute autorité de santé

Destinataires n'ayant pas répondu

Présidente de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)
Président de la Fédération hospitalière de France
Président de la Fédération de l'hospitalisation privée

RÉPONSE COMMUNE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ ET DU MINISTRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Nous souhaitons tout d'abord souligner la qualité du travail réalisé par la Cour. Le rapport propose un panorama complet des enjeux de l'Assurance maladie et les défis auxquels elle sera confrontée dans les prochaines années.

Il rappelle les avancées opérées dans les dernières années mais également les limites parfois fortes qui sont rencontrées et il appelle à des efforts de grande ampleur pour faire face aux défis auxquels notre système est confronté. C'est le sens de la démarche que le ministère des solidarités et de la santé a engagée en construisant d'ici à la fin de l'année 2017 la stratégie nationale de santé, dans un cadre interministériel et autour de 4 axes :

- *mettre en place une politique globale de prévention et de promotion de la santé, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;*
- *lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé ;*
- *garantir la qualité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ;*
- *innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.*

Cette stratégie semble en cohérence avec la priorité que la Cour propose de donner à la prévention, en la plaçant « au cœur de l'action publique » et à la pertinence, la qualité et la sécurité des soins qui doit pour la Cour être « l'axe central de toute réforme ».

Le premier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) que nous portons en ce moment est également le support de l'exigence de maîtrise des dépenses et de retour à l'équilibre financier de l'assurance maladie : la branche maladie, qui reste la seule déficitaire au sein du régime général en 2018, retrouvera l'équilibre à partir de 2019 avec une maîtrise de l'évolution de l'ONDAM à 2,3 % et une amélioration de la tenue des recettes. Cette maîtrise de la dépense d'assurance maladie s'appuiera sur un plan de transformation de notre système de santé pour la période 2018-2022 qui permettra d'inscrire les efforts structurels de chaque acteur dans la durée. Le PLFSS comporte également des mesures fortes qui marquent la priorité à la prévention comme sur le tabac ou la vaccination, une démarche nouvelle pour garantir l'accès aux soins sur

l'ensemble des territoires, une refondation progressive du système autour des logiques de qualité et de pertinence, y compris dans les outils financiers et un cadre très ouvert pour accueillir l'innovation qui viendra du terrain qu'elle soit technologique ou organisationnelle.

C'est dans ce cadre que beaucoup de recommandations de la Cour des comptes prendront leur place.

S'agissant de la rénovation du cadre du pilotage financier de l'assurance maladie, vous savez qu'il constitue un engagement très fort du Gouvernement. L'introduction d'une règle d'équilibre dans le cadre organique régissant les lois de financement de la sécurité sociale a été confirmée par le Premier ministre, qui a annoncé dans son discours de politique générale du 4 juillet dernier la mise en place de nouvelles règles permettant de proscrire dans la durée le déficit de nos comptes sociaux à partir de 2020. Le ministère des solidarités et de la santé annoncera par ailleurs au début de l'année 2018 le détail du plan d'actions qui permettra d'assurer la trajectoire pluriannuelle des dépenses d'assurance maladie sur la période 2018-2022. Il s'appuiera sur la logique de transformation du système de santé et s'inscrira dans la logique de la stratégie nationale de santé.

La Cour rappelle que les objectifs de progression des dépenses votés dans le cadre de l'ONDAM ont systématiquement été respectés depuis 2010. Elle met en avant l'efficacité des outils de régulation et de suivi mis en place depuis 2010, pour mieux piloter l'ONDAM. Il faut également souligner que le respect des objectifs témoigne des efforts d'efficience réalisés par l'ensemble des acteurs de l'offre de soins. La construction de l'ONDAM 2018 que nous proposons dans le cadre du PLFSS est conforme aux engagements du Président de la République. Il maintient un niveau exigeant d'économies (4,2 Md€) dans le cadre contraint du redressement des comptes publics tout en poursuivant les investissements indispensables pour faire évoluer notre système de soins vers plus de pertinence et de qualité.

La proposition de la Cour d'intégrer à l'ONDAM un sous-objectif spécifique relatif à la prévention en santé ne nous paraît pas répondre à l'objectif de suivi consolidé des dépenses de prévention que la Cour recommande. En effet l'ONDAM n'est pas conçu pour décrire les différents segments de la politique de santé, mais pour assurer la régulation des dépenses. En revanche, il apparaît nécessaire de garantir une bonne identification et un suivi continu de l'effort de prévention au sein des dépenses de santé ; l'annexe 7 du PLFSS donne déjà des éléments sur le sujet, qui seront complétés et approfondis. L'absence de sous-objectif au sein de l'ONDAM ne sera pas un obstacle à l'effort de prévention qui sera

structuré via la stratégie nationale de santé, et consolidé dans le champ de l'assurance-maladie par les outils de financement existants (ROSP, fonds tabac, FNPEIS).

Quant à la mise en place d'un objectif régional des dépenses d'assurance maladie, les obstacles mis en évidence par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) dans son rapport de 2011 restent toujours d'actualité : difficulté à réaffecter les dépenses de santé aux régions du fait des taux de fuite ; problème d'interprétation des niveaux de consommation de soins et donc de fixation des objectifs différenciés par territoire ; impasses techniques liées à la consolidation des tendanciels régionaux. Nous partageons en revanche l'avis de la Cour sur l'intérêt que représente le fonds d'intervention régional qui constitue dès à présent un outil « flexible » pour répartir les moyens « entre secteurs de soins en fonction des nécessités appréciées par les ARS ». Il est également un outil permettant de préserver les dépenses de prévention, du fait de l'existence du mécanisme de fongibilité asymétrique. Le Gouvernement souhaite renforcer ce fonds d'intervention régional pour accompagner les transformations de notre système de santé : la mise en œuvre de la péréquation, qui permet de mieux prendre en compte les besoins sanitaires propres à la situation de chaque région, sera poursuivie et un travail est engagé pour renforcer les marges de fongibilité ouvertes aux ARS autour de ce fonds, avec un premier débouché dans le PLFSS pour 2018. La faisabilité d'un élargissement du périmètre du fonds sera également étudiée au cours de l'année 2018.

S'agissant des restes à charge et de la couverture par l'assurance maladie complémentaire, nous ne partageons pas la proposition de la Cour de réorganiser l'assurance maladie par une répartition des prises en charge entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires. En effet, la multiplicité des acteurs rendrait plus difficile l'optimisation des bonnes pratiques médicales et l'organisation des parcours de santé. De plus, un retrait de l'assurance maladie obligatoire de certains secteurs conduirait à une perte de visibilité et de leviers d'action sur les secteurs transférés.

Le Gouvernement s'est en revanche engagé dans une stratégie qui vise à réduire les effets des restes à charge sur les inégalités sociales de santé. Cela passe par une meilleure articulation de la couverture de base et des couvertures complémentaires afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité globale des prises en charge.

L'ambition est ainsi de parvenir à un reste à charge zéro sur un panier de soins dentaire, optique et audioprothèses, grâce à une prise en charge coordonnée de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

et à une action sur le prix des équipements. Le Gouvernement annoncera ainsi prochainement le calendrier des travaux associant l'ensemble des parties prenantes qui permettront de mettre en œuvre cet engagement présidentiel.

Nous travaillons également avec l'assurance maladie à des voies complémentaires pour limiter les dépassements d'honoraires. La Cour préconise des règles de plafonnement des dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre des dispositifs conventionnels. L'objectif de maîtrise des dépassements d'honoraires est poursuivi à travers des mécanismes de régulation d'ordre conventionnel. La convention médicale de 2016 a prévu une évolution du contrat d'accès aux soins (CAS) en option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), avec une déclinaison spécifique pour les chirurgiens et obstétriciens (OPTAM-CO) afin d'attirer de nouveaux adhérents. L'OPTAM-CO est nettement plus attractive pour les spécialités à plateaux techniques lourds à taux de dépassement élevé. Il convient maintenant d'accompagner sa montée en charge auprès des professionnels de santé, de bien l'articuler avec le dispositif des contrats solidaires et responsables et d'en mesurer les effets sur l'amélioration de la couverture des patients avant d'envisager de revoir le dispositif.

Au-delà des restes à charge, l'amélioration de l'accès à l'offre de soins est une priorité partagée avec la Cour. Le Gouvernement a présenté le 13 octobre 2017 un plan d'accès aux soins largement concerté qui s'appuie sur l'intelligence territoriale, cherche les voies et moyens pour renforcer la présence médicale et soignante, débloque des outils tels que la télémédecine, comme le recommande d'ailleurs la Cour, et lève les freins multiples pour trouver des solutions adaptées à chaque territoire.

Nous ne partageons pas en revanche la recommandation de la Cour sur l'introduction généralisée de règles de conventionnement sélectif. S'il fonctionne pour des professions dont la démographie est dynamique dans un cadre conventionnel négocié (infirmiers, sages-femmes...), son efficacité n'est pas démontrée pour toutes les professions de santé, notamment médicales, compte tenu de l'absence de zones sur-denses en médecine générale, et ne serait envisageable que par une remise en question profonde des relations conventionnelles. Le maintien d'une présence médicale durable dans les territoires fragiles ne peut se faire sans l'implication des professionnels.

Le Gouvernement privilégie au contraire dans le plan de renforcement de l'accès territorial aux soins d'autres outils de régulation et de répartition territoriale des professionnels libéraux, en particulier médicaux. Le développement des structures pluri-professionnelles est un levier pour améliorer l'ancrage d'une offre des soins de qualité dans les

territoires. Nous favoriserons le développement des financements dédiés aux maisons de santé et aux centres de santé définis par les partenaires dans les accords conventionnels interprofessionnels (AGI) et veillerons à ce que les investissements soient aidés pour favoriser l'émergence de nouveaux projets notamment dans les territoires fragiles.

La coopération entre les professions de santé est également essentielle dans ce cadre. Pour répondre aux constats de la Cour, nous rappelons que les décrets d'actes et de nomenclatures sont révisés périodiquement en lien avec l'évolution des nomenclatures, notamment au moment des négociations conventionnelles comme ceci est en cours actuellement pour la profession infirmière. Le Gouvernement s'est par ailleurs engagé à développer le plus rapidement possible les pratiques avancées prévues par la loi de modernisation du système de santé. La première profession concernée est celle d'infirmier, avec l'objectif de déployer au sein des territoires de nouvelles compétences.

S'agissant de l'amélioration de l'organisation du système de soins, nous partageons le constat de la Cour sur l'insuffisance des transformations opérées autour de ce qui a été appelé le virage ambulatoire. La recomposition de l'offre hospitalière doit être poursuivie dans une logique de gradation du recours. En regard, le premier recours doit être mieux structuré en favorisant le travail coordonné des professionnels de soins autour de logiques de parcours.

La Cour insiste à juste titre sur l'importance de la réforme des dispositifs de tarification. C'est ce que souhaite engager la ministre des solidarités et de la santé pour limiter les effets pervers d'une tarification tout à l'acte et développer la prise en compte de la qualité dans la tarification. La ministre souhaite également ouvrir la voie à l'expérimentation de la tarification au parcours de soins comme le propose la Cour. C'est l'objectif de l'article 35 de l'actuel PLFSS que le Gouvernement soumet actuellement au vote des parlementaires.

S'agissant de la qualité et de la sécurité des soins, nous partageons l'idée de la Cour de « faire de la réduction des coûts liés à la non qualité des soins une cible prioritaire d'économies » car l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins peut rapidement conduire à des économies : un rapport de l'OCDE de 2017 chiffre de 13 à 16 % le surcoût des évènements indésirables en milieu hospitalier. La démarche d'audit clinique par les pairs, incluse dans la procédure d'accréditation, est une véritable photographie de la prise en charge médicale et soignante des patients par une structure de soins. L'objectif de ces accréditations est de mener des évaluations externes du « service médical rendu » par une équipe de soins et non par un individu, la cohésion de l'équipe étant

primordiale pour la qualité des soins. En outre, la ministre des solidarités et de la santé partage le souhait de la Cour de développer des indicateurs de résultats sur la qualité des soins par les professionnels de santé qui pourrait s'articuler avec la mise en place éventuelle d'un système de recertification. Dans cette perspective, elle a décidé de lancer prochainement une mission sur la recertification des compétences avec la ministre de l'enseignement supérieur.

Nous partageons avec la Cour l'analyse des bénéfices de la dématérialisation des ordonnances. La prescription médicamenteuse électronique fait actuellement l'objet d'une expérimentation conduite par la CNAMTS et prévue dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État. Selon ses résultats, elle sera généralisée.

S'agissant de la révision des modes de prise en charge des produits et prestations, nous partageons l'objectif de la Cour d'un développement de l'approche médico-économique dans le processus d'évaluation du médicament. Les produits innovants et à fort enjeu budgétaire font systématiquement l'objet d'une analyse médico-économique par la CEESP, récemment complétée par une analyse d'impact budgétaire pour certains de ces produits. Ces analyses sont systématiquement prises en compte dans les propositions portées au CEPS pour la négociation des prix.

Le développement de référentiels médico-économiques fait l'objet d'un premier test, avec les médicaments anti-TNF (dépense remboursée de près de 1Md€), pour lesquels la CEESP construit actuellement un modèle d'analyse. Si le résultat est concluant pour la renégociation des prix, il conviendra d'y avoir recours plus fréquemment.

L'évaluation dès la primo inscription ne devrait cependant pas se limiter aux médicaments coûteux pour l'Assurance maladie, mais s'étendre pour construire une décision éclairée prenant en compte des stratégies thérapeutiques comparées pour des mêmes indications de médicaments et de dispositifs médicaux.

Enfin, s'agissant du pilotage du système de santé, nous partageons l'objectif de le renforcer. Nous ne croyons pas que la création d'une Agence nationale de santé garantirait la fin des cloisonnements qui pourraient perdurer dans une structure aussi complexe. Les modalités de sa mise en place ne sont pas évidentes et d'importantes questions seraient soulevées, notamment au regard du rôle spécifique de l'État sur les établissements de santé à travers les règles de la fonction publique hospitalière. Il nous semble que l'énergie qui serait consacrée à sa création doit être mieux utilisée et mise au service des outils actuellement

en place pour renforcer le pilotage du ministère dans lequel je m'engage personnellement en tant que Ministre des solidarités et de la santé. Les travaux actuels sur le plan d'appui à la transformation du système de santé 2018-2022, le déploiement du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins et enfin la préparation de la COG 2018-2021 de la CNAM vont permettre de conforter, au niveau régional, les liens déjà existants entre les ARS et le réseau de l'assurance maladie.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

Je tenais au préalable à souligner la qualité du travail mené. Le relevé propose un panorama complet sur les enjeux de l'Assurance maladie et les défis auxquels elle sera confrontée dans les prochaines années, et plusieurs des propositions qui y figurent rejoignent celles formulées par l'Assurance maladie notamment dans son dernier rapport « Charges et Produits ».

Le rapport appelle de ma part trois séries d'observations autour des thèmes suivants : la soutenabilité financière du système de santé français, les enjeux de gouvernance nationaux et régionaux et enfin les défis auxquels l'Assurance maladie devra répondre dans les prochaines années.

Le constat de la Cour sur la santé financière du système de santé me semble devoir être nuancé au regard des résultats actuels. Le déficit de l'Assurance maladie, même s'il demeure, est en effet en réduction constante depuis 5 ans et atteint aujourd'hui l'un de ses plus bas niveaux historiques. Son niveau au regard des dépenses constatées est par ailleurs sans commune mesure avec celui des autres administrations publiques.

Le respect strict de l'objectif national d'Assurance maladie (ONDAM) au cours des sept dernières années représente un résultat très satisfaisant obtenu au prix d'efforts conséquents des acteurs du système de soins. La progression de l'ONDAM est maintenant située à des niveaux deux fois inférieurs à ceux d'il y a dix ans, alors que la progression tendancielle des dépenses d'Assurance maladie reste très élevée (autour de 4 %), en lien avec le vieillissement de la population, la transition épidémiologique et le progrès technique et médical.

La progression des dépenses annuelles de la France (autour de 2 %) est équivalente à ce que l'on observe dans les pays de l'OCDE, indiquant que nous atteignons sans doute un équilibre entre la progression de nos dépenses de santé et notre capacité à les financer. Il est important de rappeler que le reste à charge moyen des assurés demeure un des plus faibles au niveau mondial (moins de 8 %).

La proposition de la Cour d'appliquer aux dépenses de sécurité sociale une règle interdisant tout déficit dans la durée, sur le modèle Allemand, est intéressante. Cependant il faut souligner qu'elle ne résout pas le déséquilibre entre l'évolution « tendancielle » et l'évolution « supportable » des dépenses de santé prises en charge par l'Assurance maladie.

Ce mécanisme aboutirait en effet à deux résultats : soit il conduirait, comme l'Allemagne l'a fait à plusieurs reprises, à une augmentation des prélèvements obligatoires, pour de ne pas reporter les dépenses de soins d'aujourd'hui sur les générations futures ; soit il conduirait à des baisses tarifaires des soins avec un risque de compensation sur les volumes, ou à une réduction des prises en charge des assurés avec un risque sur l'accès aux soins.

De tels mécanismes de régulation strictement budgétaires ne sauraient donc être utilisés qu'en ultime recours. Le levier principal à privilégier est de mobiliser davantage de gain d'efficience par une régulation fondée sur la qualité et la pertinence plutôt que sur le rationnement des acteurs. C'est ainsi que l'on freinera durablement la progression de la dépense tendancielle tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé et en préservant notre modèle de solidarité.

L'Assurance maladie a la conviction qu'il est possible de mobiliser encore davantage les marges d'efficience considérables qui demeurent dans notre système de santé. C'est pourquoi elle place au cœur de ses actions les thèmes de la pertinence des actes, de la meilleure organisation des parcours de soins ou de l'intégration de la prévention dans la gestion du risque maladie et professionnel.

Les marges de progression résident d'abord dans une amélioration des référentiels et des méthodes d'intervention au titre de la maîtrise médicalisée. Elles passent aussi par le renouvellement des modalités contractuelles permettant d'intéresser financièrement les acteurs aux efforts d'efficience médico-économique qui leur sont demandés.

Le deuxième sujet sur lequel je souhaite revenir est celui de la gouvernance du système de santé, évoqué à plusieurs reprises dans votre relevé quant à la place de l'Assurance maladie dans le paysage institutionnel, ses relations avec le ministère au niveau central, ses relations avec l'Assurance maladie complémentaire et ses relations au niveau territorial avec les Agences régionales de santé.

Sur la gouvernance nationale, il existe de longue date une double gouvernance tarifaire entre les secteurs de l'hôpital et de la ville, avec des campagnes tarifaires relevant du ministère et une politique conventionnelle menée par l'Assurance maladie. Cette double gouvernance nécessite de fait un pilotage stratégique et une coordination qui incombe évidemment à l'autorité politique exercée par le ministre en charge de la santé et de la sécurité sociale. Il se formalise dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, et par des documents de cadrage, pluriannuels ou ponctuels, qui en assure la déclinaison opérationnelle.

Cela a été le cas du Plan triennal d'économies nécessaires au respect de la trajectoire 2015-2017 de l'ONDAM, du plan national de gestion du risque arrêté par le ministre et l'Assurance Maladie, qui se décline ensuite dans les deux réseaux. C'est également le cas des lettres d'orientation adressées par la ministre en amont des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé. C'est enfin la fonction du comité national de pilotage des ARS auquel je participe avec les autres directeurs d'administrations centrales et la CNSA pour donner du sens et de la visibilité aux actions que nos différents réseaux engagent dans les régions. Le cadrage stratégique et politique est donc bien présent, et s'est même renforcé au cours de ses dernières années, en mettant en cohérence les actions de l'ensemble des acteurs au service de la stratégie nationale de santé définie par la ministre.

La création d'une agence nationale telle que la Cour le suggère me semblerait dès lors poser plusieurs problèmes. Outre que la mise en place d'une telle agence ne garantirait pas la disparition des cloisonnements inhérents à une structure aussi importante, une telle réforme retirerait au ministère de la santé l'essentiel de ses leviers de régulation, et réduirait significativement la capacité de pilotage de l'autorité politique. Certes, le directeur de cette agence serait placé sous l'autorité du ministre mais la nécessité de lui garantir une stabilité dans la durée lui conférerait un poids considérable.

Il semble plus efficient de poursuivre les progrès accomplis en termes de pilotage national, comme le propose la Cour dans son premier scénario. En reconnaissant les rôles et les spécificités de chacun des

acteurs et en veillant à la cohérence d'ensemble du système, la stratégie définie par le ministère peut ainsi être assurée dans une unité d'exécution en continuité de l'unité de conception.

Sur la gouvernance régionale, les différents acteurs ne mènent pas me semble-t-il des initiatives désordonnées et incohérentes. Par exemple le dispositif PRADO mis en place par l'Assurance maladie couvre une intervention limitée dans le temps, sur une population ciblée, à un moment précis pour accompagner une fin d'hospitalisation. On ne peut donc pas le comparer à approche plus globale comme PAERPA, qui propose un accompagnement au long cours des personnes âgées dans le cadre de prises en charge lourdes et complexes. Par ailleurs, dans la logique de ce que je décrivais plus haut, des travaux sont en cours pour rationaliser les dispositifs locaux, notamment les différents dispositifs ministériels mis en œuvre par les ARS, sous le pilotage du secrétariat général du ministère.

La Cour note la difficulté à concilier un échelon régional potentiellement puissant, les ARS, avec le maintien d'outils de régulation centralisés (ONDAM et négociations conventionnelles), et propose de définir des objectifs régionaux différenciés suivant les territoires.

Cela ne me semble pas être de nature à améliorer le pilotage financier et rééquilibrer l'offre de soins entre secteurs et entre régions. Ce mode de régulation conduirait à moduler selon les territoires les tarifs, les modes de rémunération et les niveaux de financement des soins. La rémunération d'un acte pourrait être différente d'une région à l'autre, ce qui ne serait pas sans poser de réelles difficultés d'acceptabilité, et même de légitimité. Par ailleurs il serait extrêmement difficile pour une Agence régionale de santé dotée d'un ORDAM inférieur à la moyenne nationale, voire négatif en cas de tendanciel atypique, de respecter son objectif, sauf à opérer des ajustements tarifaires extrêmement brutaux et donc difficilement acceptables.

Cette dispersion régionale des dispositifs de régulation ne serait pas non plus sans risque quant à la maîtrise de la trajectoire financière très contrainte dans laquelle se situera l'Assurance maladie au cours des prochaines années.

En revanche, je partage la suggestion de la Cour que les ARS puissent décliner régionalement certains aspects de la politique conventionnelle nationale. Cette orientation s'applique déjà dans la régulation de l'installation des professionnels de santé, et pourrait être étendue à d'autres sujets comme la ROSP. La permanence des soins ambulatoires évoquée par la Cour ne relève toutefois pas de la convention.

Sur la gouvernance entre régime obligatoire et régime complémentaire, je souscris au constat de la Cour que la régulation des soins médicaux est difficile à partager. La part des régimes dans le financement des dépenses de santé étant déséquilibrée, celle de l'Assurance maladie obligatoire étant très largement supérieure (plus de 77 %) à celle de l'Assurance maladie complémentaire (environ 13,5 %), la légitimité du régulateur qui n'est pas financeur majoritaire est par construction très faible.

Je constate comme la Cour que la régulation de la dépense par l'Assurance maladie complémentaire n'a pas encore fait toutes les preuves de son efficacité. Elle poserait des questions de principe si elle devait s'appuyer sur des accords tarifaires avec chaque établissement ou professionnel de santé.

Une régulation construite sur la diffusion des bonnes pratiques médicales et une meilleure organisation des parcours de soins suppose de la cohérence et de la coordination entre les acteurs, ce qui est rendu complexe par la multiplicité des organismes complémentaires.

Un système répartissant « gros » et « petits » risques entre l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire présente des limites déjà évoquées. Au-delà de la difficulté à distinguer ces risques, il aggraverait les tensions financières pour les régimes de base, l'augmentation des dépenses des assurés en ALD étant nettement plus dynamique que celle des assurés hors ALD. Par ailleurs, la majorité des personnes de plus de 65 ans n'étant pas en ALD, elles risqueraient d'être exposées à une augmentation de leurs cotisations en raison de leur âge.

Je ne retiens pas davantage l'idée de séparer la régulation de certains postes de soins comme le dentaire en distinguant financement des soins conservateurs et actes prothétiques. Ce secteur justifie d'une régulation globale et cohérente, compte tenu des enjeux de qualité et d'accès aux soins.

Je souhaiterais enfin revenir sur les projets d'avenir de l'Assurance maladie et les défis qu'elle devra relever pour garantir le niveau et la qualité de la prise en charge actuelle des dépenses de santé. La CNAMTS identifie plusieurs domaines sur lesquels elle entend porter ses efforts ces prochaines années, au cœur des priorités inscrites dans sa prochaine convention d'objectif et de gestion.

Le premier objectif sera de renforcer nos interventions dans le domaine de la prévention.

Je partage l'idée de la Cour qu'il est essentiel de placer la prévention au cœur des politiques de santé, et la CNAMTS a vocation à intervenir davantage dans ce champ. Nous proposerons dans la prochaine COG de renforcer nos actions dans la lutte contre le tabagisme, en partenariat avec Santé publique France, mais également dans la lutte contre l'obésité et dans le domaine de la santé mentale. Nous porterons une attention particulière aux plus fragiles, en particulier les enfants, les jeunes et les personnes précaires. Je partage à ce titre l'analyse de la Cour qu'il faut renforcer le rôle du patient et le soutien à l'observance, comme nous l'avons développé dans le dernier rapport « Charges et produits ».

Pour autant, je ne crois pas pertinent de créer dans l'ONDAM un objectif dédié aux dépenses de prévention. Certes, cela permettrait de mieux identifier les dépenses relevant d'une logique de prévention, même si cela fait déjà l'objet d'une annexe du PLFSS. Mais cela nuirait à la lisibilité globale de l'ONDAM, sans ouvrir de réelle capacité d'arbitrage ou de redéploiement s'agissant de dépenses de santé déjà constatées.

L'Assurance maladie doit également renforcer ses interventions en faveur de l'accès aux soins.

Cette priorité doit porter sur la réduction des effets du manque de professionnels de santé dans de nombreux territoires. La juste répartition des professionnels de santé est un sujet complexe, et je ne crois pas à l'obligation ou au conventionnement sélectif comme la Cour le propose. Au-delà des questions d'acceptabilité, de telles options conduiraient à des effets de bords et de contournement assez importants et difficilement sanctionnables.

Il faut agir sur un ensemble de leviers, en facilitant l'installation libérale, afin de libérer du temps médical par le développement de l'exercice regroupé, les délégations de tâches entre professions de santé, le déploiement d'outils de partage d'information et de coordination au service des soignants. Comme la Cour le souligne, la télémédecine peut permettre l'accès à une expertise médicale sur des territoires qui en sont dépourvus. Un avenant conventionnel sur la télémédecine dans les EHPAD a été conclu avec les médecins, et nous pouvons aller plus loin en prenant en charge de nouveaux actes de téléconsultation ou de télé expertise sur le risque, et non par des expérimentations régionales.

L'accès aux soins suppose également de poursuivre les actions visant à limiter les dépassements d'honoraires, comme la CNAMTS l'a fait en créant le contrat d'accès aux soins. Toutefois limiter le remboursement des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires, telle que la Cour la suggère, risque d'être sans effet sur la pratique des

professionnels de santé et de se traduire par un reste à charge plus élevé pour les assurés, donc des inégalités accrues dans l'accès aux soins.

La compétence acquise par l'Assurance maladie dans la gestion du risque doit lui permettre de renforcer l'efficacité de ses interventions pour mieux favoriser la pertinence des dépenses de santé.

La gestion du risque maladie, la recherche de la juste dépense, de la pertinence des soins mobilise aujourd'hui l'ensemble des champs de compétences et d'intervention de l'Assurance maladie, en mettant en cohérence ses fonctions de payeur, de contrôleur et de régulateur. C'est justement parce que l'Assurance maladie a la responsabilité de payer les soins qu'elle est en capacité de contrôler les flux, de vérifier leur qualité, leur bien fondé, leur pertinence.

Les actions de contrôle et de régulation des acteurs doivent être complétées d'une évolution du cadre économique et tarifaire dans lequel ces derniers exercent. Favoriser la qualité des soins et une gestion efficiente et décloisonnée des prises en charge suppose de faire évoluer les modes de rémunération, aujourd'hui trop centrées sur l'acte et le séjour.

La politique conventionnelle occupe ainsi une place importante dans la politique de gestion du risque de l'Assurance maladie. Il me semble important de rappeler que contrairement à ce que dit la Cour, il n'y a pas de blocage des mécanismes conventionnels : au cours des deux dernières années nous avons signé des accords avec les médecins, les pharmaciens, les représentants des maisons pluri professionnelles de santé et des centres de santé, les orthophonistes ; des négociations sont en cours avec les masseurs kinésithérapeutes, les infirmières libérales et les sages-femmes et une nouvelle négociation doit s'ouvrir avec les chirurgiens-dentistes. La CNAMTS partage le souhait de développer une approche conventionnelle plus inter professionnelle, et l'accord cadre interprofessionnel avec plusieurs professions de santé pour le financement des maisons de santé va dans ce sens.

J'ai noté que la Cour propose d'encadrer les discussions conventionnelles en fixant législativement des principes de régulation, des modes de rémunération, des dispositifs de limitation et des règles de fonctionnement. Cette proposition serait inévitablement perçue comme limitant très fortement l'espace de construction des partenaires conventionnels, et semble d'autant moins pertinente que les accords conclus ces dernières années ont permis de faire évoluer les modes de rémunération et d'exercice : rémunération sur objectifs de santé publique ; forfait patientèle pour les médecins traitants selon les caractéristiques de la population reçue ; forfait structure pour tous les médecins valorisant la

coordination, la maîtrise de stage, la collecte de données médicales ; nouveau honoraires création pour les pharmaciens pour la dispensation des médicaments fondés non pas sur le volumes mais sur la nature des produits ou l'âge des patients. Ces évolutions ont été possible précisément par l'association des acteurs dans le cadre d'une vraie négociation, et non d'une simple concertation en amont d'un processus législatif. Je suis persuadé qu'on ne régule pas efficacement un système de manière unilatérale et sans y associer pleinement les différents acteurs.

Par ailleurs, il est nécessaire d'intéresser financièrement davantage les professionnels de soins aux résultats obtenus, en partageant les gains réalisés, pour les acteurs de ville (rémunération sur objectif de santé publique) mais également pour les acteurs hospitaliers.

Il serait ainsi pertinent de mettre en place de nouveaux leviers, notamment dans le contrat d'amélioration de la qualité (CAQES) qui sera signé par l'ensemble des établissements de santé, pour responsabiliser et intéresser les prescripteurs hospitaliers aux résultats qu'ils ont obtenu. Une redistribution, même partielle, des gains, crée une forte incitation à agir et à modifier les comportements.

Enfin, la meilleure manière de garantir l'avenir de l'Assurance maladie est de permettre au système de santé français d'améliorer ses capacités d'adaptation et d'organisation en favorisant l'innovation au sens large, c'est-à-dire non seulement médicamenteuse mais également organisationnelle. Si la Cour regrette que les négociations conventionnelles brident les dispositifs les plus adaptés à la réalité du terrain, la difficulté réside dans la difficulté à identifier, évaluer et à partager largement les innovations, ainsi que nous l'avons analysé dans le dernier rapport Charges et Produits.

Ce rapport comporte par ailleurs une série de proposition qui converge en partie avec celles de la Cour. Ainsi il comporte une recommandation sur le développement d'une tarification au parcours de soins, notamment pour les patients atteints d'ALD, et à l'épisode de soins, globalisant les rémunérations des professionnels de ville et des établissements, dans l'esprit de la recommandation n° 10 de la Cour. De même, les défis identifiés par la Cour sur le partage, la formation, l'utilisation des données de santé seront présents dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion, de même que le chantier encore expérimental sur la progression de la prescription numérique.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Les constats et préconisations de la Cour des Comptes sont de nature à alimenter un débat dans lequel le Conseil national est lui-même intervenu, sur un certain nombre d'aspects.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Les développements que vous avez bien voulu soumettre à notre avis ne portent que sur un chapitre, intitulé « Des performances honorables, des fragilités avérées », et appellent les observations suivantes de notre part qui portent essentiellement sur la partie intitulée « Des inégalités qui se creusent dans l'accès aux soins ».

Dans ce paragraphe relatif aux inégalités d'accès aux soins, deux aspects sont abordés : celui des fortes disparités géographiques, ainsi que celui des freins aux soins créés par les dépassements tarifaires.

1. De fortes disparités géographiques

Le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes s'étonne en premier lieu que seuls les développements liés aux dépassements tarifaires lui ont été soumis pour avis, aucun des développements relatifs aux disparités géographiques ne figurant dans l'exemplaire qui lui a été soumis.

Alors que sur la question de la démographie des chirurgiens-dentistes, le constat est fait que certains territoires ont une faible densité de praticiens au regard de la population nécessitant des soins qui y réside.

60 départements sur les 101 que constitue la France ont une densité de chirurgiens-dentistes par 100 000 habitants inférieure à la moyenne nationale.

La question du maillage territorial et des inégalités territoriales d'accès aux soins est une des préoccupations majeures du Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Une réflexion a été menée par les différents acteurs de la profession, sous l'égide de l'Ordre, qui a permis de dégager plusieurs pistes permettant un maillage territorial plus efficace.

La première de ces pistes consiste dans la création d'unités d'odontologie dans les CHU dépourvus de faculté de chirurgie dentaire.

Actuellement 3 régions hexagonales, auxquelles on rajoute la Corse et les outre-mer, sont dépourvues de facultés d'odontologie, et donc de CSERD.

10 unités odontologiques existent déjà, permettant la prise en charge des patients dans les bassins de vie concernés, tout en assurant une formation aux étudiants en odontologie en dernière année d'études : Amiens, Caen, Dijon, Le Havre, Limoges, Metz-Thionville, Orléans, Périgueux, Poitiers et Rouen.

Deux autres unités sont en cours de création : Le Mans et Tours.

Cependant, la Corse et les Outre-mer restent encore dépourvus d'unités odontologiques. Alors que la démographie professionnelle est particulièrement déficitaire dans les outre-mer.

L'objectif recherché : répondre à une demande de soins et donner la possibilité à des étudiants d'y exercer dans le cadre de leurs stages cliniques. Avec l'arrière-pensée qu'ils seront fidélisés à la région et envisageront une installation à l'issue de leurs études.

Une autre proposition serait de renforcer la coordination entre les CHU et les cabinets de ville, ce qui permettrait :

- *une meilleure prise en charge des pathologies bucco-dentaires spécifiques ;*
- *une meilleure régulation de l'accès aux soins.*

L'ouverture des CESP aux étudiants en odontologie a également permis d'orienter de jeunes diplômés vers des régions sous-dotées en praticiens.

Les études statistiques montrent que la quasi-totalité des CESP prévus chaque année en odontologie sont pourvus.

Leur nombre est d'ailleurs renforcé en cours d'année, par une redistribution notamment des CESP non pourvus en médecine.

Toutefois, une amélioration du dispositif pourrait être obtenu en :

- *augmentant le nombre de CESP en odontologie de façon générale ;*
- *augmentant le nombre de CESP attribués à certaines régions, pour lesquelles le nombre de candidats est plus important que le nombre de contrats proposés à la signature ;*

- *revoyant les modalité de répartition des CESP, prenant en considération l'existence d'unités odontologiques sur leur territoire, permettant ainsi à des régions qui ne sont pas pourvues d'UFR en odontologie de se voir attribuer des contrats.*

D'autres pistes permettant de réduire les inégalités territoriales à l'accès aux soins peuvent être également approfondies, telles :

- *l'augmentation de la durée du stage actif des étudiants de 6ème année en odontologie. En application des textes, la durée du stage actif en milieu libéral est de 250 heures, ce qui est peu pour permettre au futur praticien de prendre connaissance des conditions d'exercice de la profession, et dans une certaine mesure, pour les stages s'effectuant dans les zones sous-dotées, d'apprendre à connaître la région et vouloir s'y installer. Quand on sait que le stage en médecine générale est d'une durée minimale de 4 mois.*
- *la création des maisons de santé pluriprofessionnelles qui, outre de favoriser le maillage territorial, faciliterait la prise en charge coordonnée des soins entre les différents professionnels en charge de la santé d'un même patient.*

2. Des freins aux soins créés par les dépassements tarifaires

Dans les développements liés aux dépassements tarifaires, une phrase laconique concernant les dépassements tarifaires en matière de prothèses et d'orthodontie laisse à penser que la responsabilité de la progression ne repose que sur la profession.

Il n'en est rien.

En effet, ces dépassements, sont la conséquence d'une absence totale de revalorisation des tarifs, tant des soins conservateurs que des soins prothétiques et orthodontiques, par l'assurance maladie.

Ils sont la conséquence d'un système, parvenu à bout de souffle, accepté et reconnu comme tel par tous les acteurs de la filière, y compris par l'assurance maladie.

L'Ordre n'a cessé de prôner la nécessité de procéder à une réévaluation des tarifs des actes de prévention et des soins conservateurs d'une manière plus rapide que ne le préconise le règlement arbitral, pour faire cesser un tel système, qui ne peut perdurer qu'au détriment des patients.

Mais il est important que le rééquilibrage qui devra être opéré soit fait avec la plus grande des prudences, les solutions à rechercher devant respecter les intérêts de chacune des parties – le patient, le praticien et l'assurance maladie et autres financeurs publics ou privés.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Contribution UNPS

UNPS ET NÉGOCIATIONS INTERPROFESSIONNELLES

L'UNPS estime que la Cour des comptes n'est pas fondée à affirmer l'absence de pouvoirs d'arbitrage internes.

L'UNPS a été créée par la Loi portant réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 ; elle regroupe des représentants de 23 organisations syndicales de professionnels de santé en exercice libéral en France, reconnues officiellement les plus représentatives. Sa composition prend en compte les effectifs des professions concernées.

Le Bureau est systématiquement élu avec une très large majorité.

Conformément à ses statuts et son règlement intérieur, l'Union prend ses décisions en recherchant toujours un consensus. Les décisions sont votées, après débat, à la double majorité des membres présents et représentés et des organisations syndicales présentes et représentées.

Ainsi en 2014, dans le cadre des négociations d'un avenant n° 2 à l'Accord-Cadre interprofessionnel (ACIP), l'UNPS a élaboré un modèle de coordination consensuel, adopté en Assemblée Plénière à la double majorité. Ce texte soumis à l'UNCAM n'a été ni retenu ni même examiné, l'UNCAM ayant préféré imposer son propre modèle de coordination. Ce dernier complexe et inadapté à l'exercice libéral a été rejeté par les membres de l'UNPS par 33 voix contre, 7 abstentions et 1 voix pour[279].

Depuis, l'UNPS, poursuivant son travail sur un modèle de coordination consensuel, réclame l'ouverture de nouvelles négociations.

Cependant, les pouvoirs publics n'ont pas souhaité privilégier le cadre juridique de l'accord-cadre interprofessionnel pour avancer sur la coordination des soins, refusant la réouverture de négociation dans le cadre de l'ACIP préférant une approche morcelée et restrictive de l'offre de soins.

[279] https://www.unps-sante.org/medias/docs/infos/Communique_UNPS_141118.pdf

Contribution de l'Union Dentaire

DÉMOGRAPHIE

La Cour relève une hétérogénéité démographique territoriale très forte chez les chirurgiens-dentistes (rapport de 1 à 8). Elle prend en compte la situation actuelle sans analyser l'évolution à court et moyen terme qui devrait prendre en compte : - L'âge des praticiens et la date probable de leur départ à la retraite

- *la projection liée à l'amélioration de la santé bucco-dentaire, elle aussi très hétérogène mais extrêmement significative.*

Alors que la répartition démographique actuelle et future des chirurgiens-dentistes est aussi critique que celle des médecins généralistes, la profession ne s'explique pas que les aides conventionnelles liées au maintien ou à l'installation de ces derniers soient très significativement supérieures à celles allouées à notre profession. Cela d'autant plus que le plateau technique lié à notre exercice nécessite un investissement financier très supérieur à celui des médecins.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La Cour relève des tarifs sur la prothèse dentaire et l'orthodontie qui ont fortement progressé. Elle passe sous silence :

- *l'absence totale de revalorisation des bases de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire de la prothèse dentaire et de l'orthodontie depuis plus de 30 ans, induisant une augmentation du différentiel entre celle-ci et la valeur des honoraires ;*
- *la très (trop) faible évolution des honoraires des soins opposables qui représentent près de 80 % de l'activité des omnipraticiens qui effectuent ces actes à perte ;*
- *l'augmentation des charges et obligations qui pèsent sur le coût des actes sans jamais avoir été compensé.*

La Cour parle de dépassement d'honoraires. Cette terminologie est impropre : en effet un dépassement d'honoraire vise une majoration qui n'est pas autorisée par la convention. Chez les chirurgiens-dentistes, sur les prothèses dentaires et l'orthodontie (hors tarifs sociaux) les honoraires sont libres et relèvent de l'entente directe entre un praticien et son patient. Il convient alors de parler de complément d'honoraires.

RÈGLEMENT ARBITRAL

La Cour relève la situation des chirurgiens-dentistes dont les rapports avec l'assurance maladie relèvent d'un règlement arbitral depuis le 1er avril 2017. Elle omet de préciser que celui-ci, pour la première fois dans l'histoire des conventions nationales des professions de santé (depuis 45 ans), s'applique suite à la volonté de la précédente ministre de la santé de mettre sous contrainte de temps la négociation d'un avenant conventionnel. Or la convention signée en juin 2006 avait été reconduite jusqu'en juin 2021. Il n'y a pas eu d'échec des négociations à proprement parler avec l'assurance maladie. Ce règlement arbitral a été imposé suite à un constat d'impuissance de conclure la négociation de l'avenant 4 à la convention dentaire avant la date du 1er février date butoir imposée par l'article 75 de la LFSS 2017 publiée au J.O. du 24 décembre 2016… 39 jours plus tôt !

PARCOURS DE SOINS

La Cour relève la nécessité d'instaurer un parcours de soins en médecine bucco-dentaire. Elle semble l'inscrire dans un parcours spécifique or, bien que profession médicale à part entière les impacts des pathologies bucco-dentaires sur la santé générale ne sont quasiment jamais étudiés et pris en compte. Cela peut expliquer qu'au risque de la santé publique, les chirurgiens-dentistes soient les oubliés du parcours de soins des patients et qu'ils ne sont que très rarement associés aux structures pluri-professionnels de tous ordre.

PRÉVENTION

La Cour omet de préciser qu'il existe notamment un examen de prévention rendu obligatoire par la Loi du 9 aout 2004 mais que le législateur s'est refusé à lier cette obligation à quelque mesure coercitive rendant cette obligation inopérante alors qu'il s'agit d'âges charnière dans le développement de l'enfant avec l'égression de la première molaire à 6 ans et de la seconde à 12 ans.

De même les examens de prévention prévus pour les jeunes de 6 à 24 ans ainsi que ceux proposés aux femmes enceintes et aux diabétiques sont notoirement sous accompagnés par les pédiatres, médecins traitants et obstétriciens qui devraient avoir l'obligation d'inciter leurs patients à bénéficier de ces examens.

Enfin, alors que la HAS a défini 15 affections de longue durée pour lesquelles les pathologies bucco-dentaires ont des résonnances importante sur l'état général et la prise en charge de ces affections, seul le diabète est visé par un examen de prévention annuel.

CENTRES LOW COST

La cour ne relève pas le risque pour la population des conséquences de la prolifération des centres dit low-costs facilités voire aidés par des fonds publics alloués par les ARS. L'affaire « DENTEXIA » a pourtant mis en lumière les risques de dérives multiples qui mettent la santé publique en péril (sécurité sanitaire, mutilations, soins abusifs, sélection de patients, démarche commerciale voire marketing…)

Contribution de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

CHAPITRE I : DES DÉFIS SANS PRÉCÉDENT À RELEVER

Dans ce premier chapitre, les deux principaux aspects mis en avant sont la disparité géographique et la problématique des dépassements d'honoraires. La profession de masseur-kinésithérapeute n'étant pas concernée par le deuxième problème, la FFMKR ne se positionnera que sur l'insoluble problème de la répartition géographique des professionnels de santé.

Comme indiqué dans ses observations précédentes, un conventionnement conditionnel généralisé est une approche intéressante et moins discriminatoire que le seul conventionnement en zone sur-dense mais qui nécessiterait une adaptation régulièrement des schémas, outre des chiffres territorialisés et plus fins que l'UNCAM devrait s'engager à fournir aux unions locales de professionnels.

En outre, il faudrait agir sur les flux d'installations et notamment sur ceux venant des diplômes obtenus à l'étranger. Le rapport indique qu'en 2015, 25 % des masseurs kinésithérapeutes en exercice ont un diplôme étranger or l'édition 2016 du portrait des professionnels de santé établi par la DREES indique que c'est plus d'un tiers des nouveaux inscrits à l'Ordre qui détiennent un diplôme étranger.

Enfin, l'APL est un outil intéressant mais qui ne tient pas encore suffisamment compte des besoins de la population. Comment expliquer que dans certaines zones qualifiées de surdotées, les délais d'attente pour avoir un rendez-vous chez un masseur-kinésithérapeute soient supérieurs à un mois ?

CHAPITRE II : DES POLITIQUES DE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE TROP SOUVENT MISES EN ÉCHEC

Ce rapport prend exemple sur ce qu'il se passe en Suède or les deux critiques récurrentes concernant le modèle suédois d'accès aux soins sont l'inégalité dans l'accès aux soins et la persistance des listes d'attente dans

les hôpitaux [280] ! De plus, la pertinence socio-économique de ce modèle avec le modèle français ne peut être retenue puisque les pays nordiques ont développé une politique de prévention depuis maintenant plusieurs années alors que la France doit renforcer ses efforts dans ce domaine.[281]

Avant de chercher à rentabiliser sur les actions de soins, il faut capitaliser sur les actions de prévention en y intégrant tous les acteurs qualifiés. Pour rappel, le décret du 2 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à prévenir l'obésité chez le jeune enfant exclut de facto les professionnels libéraux n'exerçant pas en structure alors même qu'un chirurgien-dentiste ou un masseur-kinésithérapeute sont aptes à détecter des signes laissant supposer d'une prédisposition ou d'une hygiène de vie favorable au développement de l'obésité.

Comme indiqué dans ce chapitre, il faut sortir des expérimentations actuelles (lourdes à mettre en place car il faut autoriser des dérogations aux règles existantes) pour définir des règles utilisables de façon large et faire évoluer l'organisation du système de santé vers davantage de transversalité, de complémentarité et de coordination, en laissant plus d'autonomie aux acteurs de terrain pour s'organiser autour d'un objectif d'efficience.

Il faut aller vers une véritable délégation d'actes entre professionnels de santé en définissant la prise en charge des patients sur la base d'une notion de mission et non plus d'actes[282]. Le temps de travail des praticiens sera focalisé sur un rôle à plus forte valeur ajoutée et permettra de prendre le temps nécessaire pour soigner et accompagner les patients.

Concernant le cadre de la refonte des négociations conventionnelles, la FFMKR ne peut que rappeler son attachement à un dialogue constructif entre les syndicats professionnels représentatifs et l'Assurance maladie bien qu'actuellement plusieurs négociations n'aient pu aboutir, faute d'une réelle volonté de mettre en adéquation les attentes des professionnels avec les enjeux de santé publique. Passer par un cadre législatif ne fera qu'augmenter la réticence des professionnels concernés à s'engager dans des schémas dans lesquels ils ne se retrouveront pas.

[280] http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/europe-du-nord.shtml
[281] https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Health-at-a-Glance-EUROPE-2016-Note-FRANCE.pdf
[282] Rapport d'information n° 565 enregistré à la Présidence du Sénat le 31 mai 2017

D'ailleurs, ce rapport estime que le PAERPA est la forme de parcours de soins la plus aboutie alors même que toutes les professions représentées à l'UNPS ont décidé de sortir du comité de pilotage tellement ce dispositif proposé par le Ministère de la Santé ne répondait pas aux besoins des professionnels de santé libéraux [283] !

CHAPITRE III : DE MULTIPLES PRATIQUES DE RENTE INSUFFISAMMENT COMBATTUES

La FFMKR ne peut que confirmer que la nomenclature doit être régulièrement mise à jour afin que l'évolution des pratiques et des techniques soit actualisée. Toutefois, concernant la profession de masseur-kinésithérapeute elle estime que ce n'est pas le paiement à l'acte qui est un facteur d'inflation mais bien la limitation obsolète d'une séance de 30 minutes qui ne correspond plus ni aux besoins de soins de certaines populations ni aux techniques employées !

La mise en place de dispositifs tarifaires est un thème récurrent dans ce rapport alors même que dans le relevé d'observations provisoires sur le rôle des dispositifs tarifaires dans l'efficience du système de soins, la Cour avait relevé l'aberration des forfaits octroyés au médecin pour les patients diabétiques…

Pour dégager une marge financière sur l'enveloppe des soins de ville, il conviendrait de réallouer de manière pertinente cette enveloppe, surtout au regard du virage ambulatoire. En effet, le risque maladie a changé de nature : il est majoritairement chronique, là où les structures hospitalières sont conçues pour traiter les épisodes aigus…

Il serait pertinent d'octroyer au masseur-kinésithérapeute en outre des actes de rééducation un forfait ALD, un forfait maladies chroniques ainsi qu'un forfait pour les soins à domicile des personnes âgées, hors cadre du PRADO, ce dernier devant faire l'objet d'une autre rémunération forfaitaire au titre de la coopération entre professionnels de santé.

Enfin, pour qu'une ROSP soit efficiente et pertinente quant à la qualité des soins, elle doit être évolutive. Il faudrait néanmoins que son processus de mise à jour soit rapide afin de maintenir un niveau de rémunération constant pour les professionnels qui ont décidé de s'y soumettre.

[283] https://www.unps-sante.org/communiques/annee-2016/l-unps-se-retire-du-comite-national-de-pilotagedu-dispositif-paerpa-qui-ne-repond-nullement-aux-besoins-de-coordination-des-professionnels-de-santeliberaux/

Comme indiqué précédemment, une ROSP sur les pratiques de masso-kinésithérapie ne répondrait pas à des enjeux factuels d'évaluation des bonnes pratiques. Toutefois, des critères basés en premier lieu sur l'organisation du cabinet puis sur l'intégration des cabinets libéraux dans les différents programmes répondant à des enjeux de santé publique pourraient permettre une meilleure approche du parcours de soins par le patient ainsi que par les différents professionnels impliqués et éviter de la double facturation.

Quoiqu'il en soit, les différentes mesures de maîtrise médicalisée devront être réfléchies une fois que les outils opérationnels de la coordination tels que le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée auront enfin été mis en place.

Il est intéressant de souligner que ce rapport cite des exemples étrangers concernant la politique de maîtrise des dépenses mais ne cite pas le fait que la Suède ou le Royaume-Uni ont osé développer l'autonomie du patient par la mise à disposition de base de données et d'informations sur les pathologies, le développement d'outils de suivi de leur santé et de gestion de leurs habitudes ou encore leur information pour une prise en compte plus forte du coût des soins…

Contribution du Syndicat des médecins libéraux (SML)

L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES AU ROYAUME-UNI

L'organisation des soins en France se distingue par le caractère libéral majoritaire de ses professionnels de ville. La comparaison avec le « business model » britannique est impossible qui a d'ailleurs opté pour les files d'attente comme régulateur financier.

En ce qui concerne la coordination opérationnelle des acteurs, le SML ne peut que regretter la non-réouverture d'une négociation dans le cadre de l'ACIP (accord-cadre interprofessionnel) qui aurait permis une réponse à l'échelle du pays pour tous ses acteurs

Le précédent gouvernement ayant préféré procéder par expérimentations (paerpa, télémédecine) qui ont interdit aux partenaires conventionnels d'avancer.

LA FILIÈRE VISUELLE, DES DÉLÉGATIONS D'ACTES PORTEUSES D'EFFICIENCE

La documentation du SNOF a montré que c'était faux, qu'il n'y avait pas ni d'augmentation des urgences ophtalmos documentée ni de rapport entre les deux. Le SML rappelle que ce n'est qu'un droit au renouvellement et non un droit de prescription.

Ce sont les syndicats SNOF et SNAO qui ont initié cette action et non les pouvoirs publics.

SUR L'EXPÉRIMENTATION PAERPA

L'exemple du PAERPA est significatif. En effet, lancé il y a plus de six ans, la première évaluation toute récente effectuée par la DREES montre la non-implication majoritaire des professionnels de santé libéraux de terrain. L'UNPS avait mis en garde la DSS sur son modèle non adapté à l'exercice libéral.

Le maillage du territoire actuel doit être reconnu ; il est effectué très majoritairement par des professionnels en cabinet classique qui ne peuvent se retrouver dans ce modèle (ainsi que les MSP d'ailleurs). La réponse doit se rechercher autour du patient en équipes ouvertes de professionnels. Les outils numériques non propriétaires et leur utilisation par une rémunération simple en sont la clef. Un cadre conventionnel inter professionnel a été proposé permettant cette coordination pour tous. Enfin, Il est patent que toutes ces contractualisations en silos ne sont pas de nature à mobiliser les acteurs

SUR LA MAUVAISE ARTICULATION DES NÉGOCIATIONS

L'historique des négociations de l'ACIP en 2014 a mis en évidence un cruel constat : l'UNCAM a refusé d'étudier le modèle de coordination porté par une majorité des représentants élus des différentes professions concernées. Il en a été de même pour les négociations des ACI.

La procédure d'arbitrage permet au pouvoir d'empêcher de véritables négociations sur le fond entre partenaires et est à l'origine du non déploiement sur le terrain. En effet les modèles imposés ne correspondent pas au fonctionnement majoritaire de nos modes d'exercice. On voit bien qu'on essaye de détruire le modèle libéral d'exercice sans ouvertement le dire.

Ce modèle libéral fondé sur la responsabilité individuelle et rémunéré à l'acte est pourtant pratiqué depuis l'antiquité.

Les professionnels de santé sont des responsables et ont proposé de ne procéder que par expérimentations. Ils veulent prouver que le rapport coût/efficacité qu'ils proposent est seul susceptible de corriger le différentiel de prise en charge ville/hôpital de la France par rapport à ses voisins, dans le respect de la qualité et du libre choix pour le patient (Voir rapport Ifrap comparaison France Allemagne des dépenses de santé).

SUR LA PDSA

Le SML réfute l'affirmation que la PDSA aurait été bridée par les discussions conventionnelles.

REFONTE DU CADRE DE LA NÉGOCIATION

Depuis la nomination du directeur de l'UNCAM et de son cadre de négociations, on peut raisonnablement avancer qu'on se trouve déjà dans le cas de figure de la proposition exposée. Il reste alors à prouver que ce modèle de gouvernance permet une évolution positive de l'organisation de notre système de santé ce dont nous doutons au vu des dernières séances de négociation (médecins, chirurgien dentistes)

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Le reste à charge des patients français est faible par rapport à ses voisins européens comparables, selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ministère de la Santé) L'analyse de six pays (Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Espagne, Royaume-Uni, France) montre que le reste à charge est le moins douloureux pour les patients hollandais (7,9 %) et français (8,6 %). Le reste à charge concerne par ailleurs le non remboursement de dispositifs (diabète, urologie) ; il est donc réducteur de ne parler ici que des dépassements d'honoraire*

- *le faible niveau en France des honoraires sera un frein pour l'innovation et la qualité, sans espace de liberté tarifaire, dont il serait bien difficile de fixer le plafond ;*
- *une étude de l'URPS ML d'Ile de France a mis en évidence que dans tous leurs départements les plus forts dépassements sont effectués dans le secteur privé de l'hôpital public par rapport au privé libéral strict, et ceci dans un rapport de un à dix. Une évaluation plus exhaustive serait donc utile pour conclure sur ce sujet.*

LE CAS DES CONSULTATIONS CLINIQUES DES PRATICIENS DE VILLE, QUE LA CONVENTION MÉDICALE DE JUILLET 2016 A ENCORE COMPLIQUÉES

L'UNCAM a présenté pour chacune de ces propositions des tableaux qui nous incitent à penser qu'au contraire elle avait un prévisionnel des coûts engendrés. Il est par ailleurs exact que le maquis tarifaire est tel que l'assurance maladie doit compter pour acquis sur une moindre utilisation de ses possibilités.

SUR LA MODERNISATION DE LA NOMENCLATURE TE LES 2 NIVEAUX ÉVOQUÉS La HAS qui devrait se doter d'un échelon d'expertise libérale dans sa gouvernance). La HAS et sociétés savants n'ont pas de légitimité élective pour traiter de l'ensemble de des problèmes.

SUR LE FONDEMENT DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES ET DE L'ÉTAT DE L'ART MÉDICAL, IMPLIQUE NÉCESSAIREMENT UNE MOINDRE LIBERTÉ DE CHOIX DU PATIENT

Ceci peut-être s'entendre pour quelques prises en charge très spécialisées, mais on ne peut généraliser cette affirmation qui en effet implique une moindre liberté de choix pour les patients, à qui il faudrait demander leur avis.

DÉVELOPPER LES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES EN LIBÉRAL

On peut aussi faire la lecture qu'en zone sous dense, les patients ne bénéficient peut-être pas d'une prise en charge optimale au niveau de la disponibilité de leurs professionnels.

La rémunération à la performance porte en elle la problématique du conflit d'intérêt.

Une part forfaitaire portant sur l'organisation du cabinet est portée par l'ensemble des syndicats de médecins. Son niveau devra cependant être limité pour ne pas inciter à déserter l'acte médical proprement dit.

SUR LE FORFAIT PATIENTÈLE

Une évolution s'est pourtant faite en ce sens puisque la majoration MPA (majoration personne âgée) qui était à l'acte est rentrée dans ce forfait patientèle en étant supprimée; il faudra en évaluer dans les années à venir les conséquences sur la prise en charge effective des personnes âgées)

L'INTRODUCTION D'UN FORFAIT DE BASE POUR LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES DÉPENDANTES OU DU TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES CHRONIQUES, POUR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX

Affirmation subjective qui nécessite une vraie évaluation des coûts actuels et à venir du maintien à domicile versus séjours en établissements. À cet égard, la représentation professionnelle regrette d'avoir été délibérément écartée des structures d'analyse au sein du SNDS (système

national des données de santé) retenues pour avoir la possibilité de requêter dans le chaînage de données ville/hôpital.

SUR LA MISE EN PLACE D'ENVELOPPES LIMITATIVES DE REMBOURSEMENT

Proposition impossible à tenir sauf à diminuer le nombre des PS libéraux.

Par ailleurs le problème principal est celui de la non installation en libéral des jeunes générations; Ce n'est pas en réinventant les lettres clés flottantes qu'on va réinstaller le désir de libéral.

RENDRE LES PROFESSIONS DE SANTÉ PLUS COMPLÉMENTAIRES

Sur la rigidité de l'organisation : Non, c'est surtout le corset administratif imposé des nouveaux modes de rémunération qui bloque)

SUR LA DÉTERMINATION À LA PRISE EN CHARGE DU PREMIERS RECOURS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À EXERCICE

Pendant les négociations de la convention médicale, chaque spécialité ou compétence s'est vu dotée par la CNAMTS du nombre moyen de patients médecin traitant inscrits, ce qui peut correspondre à leur prise en charge du premier recours. Ce nombre était près de la moitié d'une patientèle non MEP

SUR ASALÉE

Ce modèle est peu compatible avec l'exercice libéral (formation des infirmières et rémunération déportée). Rien n'empêche actuellement un médecin de travailler avec une infirmière salariée par son cabinet ou avec une infirmière libérale en coordination; C'est la rémunération insuffisante des honoraires d'un côté, l'absence totale de rémunération de la coordination de l'autre qui empêche de développer ces complémentarités. Pourquoi choisir un financement supplémentaire de type public ?

LES PRATIQUES INFIRMIÈRES AVANCÉES DANS 12 PAYS MEMBRES DE L'OCDE

On ne peut pas comparer des systèmes beveridgien et bismarckien.

Le choix de la solution préconisée des pratiques avancées pour répondre aux déserts médicaux fait fi des autres solutions que nous préconisons, à savoir véritable coordination entre professionnels et recours aux nouveaux outils du numérique (télémédecine).

SUR LES DISPARITÉS TERRITORIALES

La comparaison des taux de réhospitalisation évitable entre départements serait utile pour répondre définitivement à cette interrogation. Un secteur ambulatoire disponible (ici par le nombre) est-il de nature à diminuer les surcoûts structurels lies aux séjours en établissements de notre pays par rapport à ses voisins

Toute forme de coercition sera de nature à diminuer les installations. C'est particulièrement vrai pour les spécialistes en zones sous denses qui ne s'installeront plus dans les cabinets actuels

SUR LA RECERTIFICATION

Il faut d'abord penser à remettre en route une formation continue efficace (comparaison avec les Pays-Bas) avant de parler de recertification.

LA DIVERSIFICATION DES FORMES D'EXERCICE COLLECTIF

Cette évolution présentée comme un dogme, s'oppose à la vision majoritaire des professions de santé libérales qui préfèrent un exercice de coordination ouvert qui respecte le libre choix des patients et s'éloigne des usines à gaz (biais des SISA) de formations d'équipes de soins préétablies.

Les attentes des patients ne peuvent être annexées, tout ce qu'ils veulent c'est qu'on leur fournisse une réponse de soins.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE (FEHAP)

La FEHAP vous remercie de l'avoir consultée à nouveau sur votre rapport, dont nous avons pris connaissance avec beaucoup d'intérêt : tout d'abord parce qu'il est remarquablement informatif ; ensuite parce que la FEHAP partage entièrement votre perspective générale, qui est qu'il existe de nombreuses « poches d'inefficience » dans les engagements financiers actuels de l'assurance-maladie, situations et pertes de chances collectives sur lesquelles il est possible d'agir et de réussir, avec pour seul objectif de contribuer ainsi à la préservation du caractère solidaire de notre protection sociale.

La FEHAP propose de porter un regard plus large que les seuls champs de la ville et de l'hôpital dès lors que le sujet du reste à charge est abordé. Les chiffres que vous présentez ne portent pas sur le secteur des EHPAD, sans doute le secteur le plus exposé aujourd'hui, du point de vue des usagers et de leurs proches. Par ailleurs, la FEHAP ne peut être qu'en désaccord avec des formulations qui abrasent l'existence du secteur privé non lucratif dans le domaine hospitalier : nous ne pouvons être « absorbés » dans le « secteur public puissant ni dans « des cliniques privées dynamiques ».

La FEHAP est entièrement en accord avec votre appréciation sur la permanence des soins ambulatoires. Il est regrettable que la nouvelle convention médicale — qui a engagé notre pays dans des dépenses supplémentaires très importantes- soit en réalité aussi peu inscrite dans une réorganisation des pratiques professionnelles et des organisations en médecine de ville. C'est également le sens de votre intitulé dans le rapport. « L 'immobilisme persistant de la rationalisation des soins de ville ». Pour sa part et dans une proposition d'amendement après l'article 54 du PLFSS 2018, la FEHAP a proposé un mécanisme de mise en réserve prudentielle sur la médecine de ville, permettant d'échelonner la libération progressive des mesures conventionnelles et d'en conditionner la mise en œuvre à la structuration d'une offre territorialisée et en exercice regroupé, par exemple. Cette position est soutenue par la FHF et UNICANCER. Nous serions heureux d'avoir la perception de la Cour des Comptes sur cette proposition concrète.

Le rapport écrit « le renoncement croissant à la restructuration de l'hôpital », et si nous pouvons comprendre votre impatience sur la réorganisation de la chirurgie publique, nous ne pouvons acquiescer à l'image d'établissements de santé privés non lucratifs qui assument le service hospitalier public, qui seraient restés figés sur leurs organisations antérieures. Tel n'est pas le cas : la FEHAP vous propose de prendre connaissance de la note technique en pièce jointe énumérant les nombreuses opérations menées par les adhérents de la FEHAP, aussi exemplaires que courageuses.

La FEHAP partage l'analyse de la Cour des comptes sur le « surarmement hospitalier public avec des surcapacités en hospitalisation à plein temps, ou encore en nombre de salles d'opération, situation conjuguée avec des entités gestionnaires sans doute de trop grande taille pour être agiles. La France est le seul pays à s'être engagé dans un tel gigantisme hospitalier public, des CHU déjà et demain des GHT : dans ces contextes, le poids politique, économique et social de l'entité « régulée » s'avère fatalement bien supérieur à celui du régulateur.

La FEHAP suggère l'idée que les autorités publiques ont surinvesti la dimension tarifaire de la régulation, alors que la planification et l'évaluation de la qualité composent, avec le financement, un triptyque équilibré et indissociable pour une régulation efficace. Cette thématique revient dans le rapport et souligne à nouveau l'intérêt d'une approche plurielle de la régulation.

La FEHAP ne partage pas votre appréciation sur la « fin de la force contraignante liée à l'opposabilité de cette planification ». La FEHAP convient que les ARS et leur hiérarchie ministérielle hésitent beaucoup à retirer une autorisation d'activité de soins à un opérateur hospitalier, notamment s'il est de statut public. Mais en réalité, le code de la santé publique est très abondant en dispositions permettant à un directeur général d'ARS de modifier la situation de l'offre dans sa région. Le tout serait de l'utiliser dans sa plénitude.

La FEHAP rejoint totalement le rapport de la Cour des Comptes sur l'instauration de seuils pour l'exercice de la chirurgie, pour un site géographique donné. Vous l'évoquez à juste titre aussi dans le chapitre intitulé « mieux organiser l'activité hospitalière ». La FEHAP propose que la révision des seuils et conditions techniques de fonctionnement dans le domaine de la cancérologie, annoncée pour l'année 2018 par le Ministère des Solidarités et de la Santé et l'INCa, soit l'occasion également de poser un seuil d'exercice de la chirurgie d'une manière générale.

Sur un autre point dans la partie intitulée « des efforts de restructuration progressivement abandonnés », la FEHAP se permet de rappeler que I'HAD n'a pas lieu, comme le SSR ou le médico-social, d'être considéré sous l'angle exclusif de « l'aval » du court séjour hospitalier.

Sur le sujet des GHT, la FEHAP rejoint l'approche de la Cour des comptes sur l'inadaptation des CHT actuels, excluant la médecine de ville et le secteur hospitalier et médicosocial privé non lucratif comme le secteur hospitalier et médico-social privé de statut commercial.

Pour autant, la FEHAP invite la Cour à tirer les conséquences de ce constat : le statut des CHT est-il adapté à une coopération territoriale associant toutes les parties prenantes à part égales ?

La FEHAP regrette le caractère parfois trop général de l'appréciation critique sur l'absence de liens efficaces entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers, notamment privés non lucratifs. L'organisation « zéro papier » de l'Hôpital Paris-Saint-Joseph (Paris 14) est remarquable et établit des liens réactifs et efficaces avec les médecins de ville, mais aussi avec les pharmaciens d'officine.

Sur les urgences, la FEHAP rejoint l'analyse de la Cour des comptes sur la plainte ambiguë du secteur hospitalier public quant à l'accueil des urgences : soulignant cette charge, réelle parfois, il se montre très jaloux d'un monopole territorial, dès lors que l'hypothèse d'une seconde autorisation d'accueil des urgences est envisagée pour un opérateur privé. En effet, près de 60 % des séjours hospitaliers dans les centres hospitaliers sont initiés par une admission aux urgences, ce qui n'est ni sain ni efficient. La FEHAP propose que les SAMU et les SMUR soient inscrits à l'avenir dans un pilotage territorial partagé dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire associant les régulateurs -ARS, Préfet, Conseil Départemental- les usagers et leurs représentants, la médecine de ville et les opérateurs hospitaliers publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial.

La FEHAP rejoint entièrement l'appréciation de la Cour des comptes sur le manque de critères efficients concernant la dépense de certains dispositifs médicaux. S'agissant de fauteuils roulants, secteur marqué de nombreuses prescriptions inadaptées et de dépenses inutiles, la FEHAP avait proposé un projet de recherche sur la performance du système de santé (PREPS) à la DGOS, deux années consécutives. La FEHAP et le collectif d'adhérents mobilisé y ont renoncé ensuite, estimant que la culture plutôt académique des jurys écartait de facto ce type de préoccupation pragmatique. Toutefois, les établissements de santé adhérents de la FEHAP en SSR et dans le secteur médico-social du handicap disposent toujours des compétences et des motivations pour mener ce type d'analyse et de contribution sur les critères d'évaluation et d'orientation pour les prescripteurs, en matière de fauteuils roulants.

Sur la notion de convergence tarifaire intersectorielle, il y a lieu d'introduire une nuance importante parfois qualifiée « d'effet gamme » ou case-mix. La largeur des indications couvertes par le secteur public et le secteur privé non lucratif d'une part, et le secteur privé commercial d'autre part est très différente. Des rapports précédents de la Cour des comptes le montrent (notamment celui sur les ESPIC, dans le RALFSS de 2013).

Votre développement sur la CCAM et la NGAP conduit la FEHAP à rappeler qu'il est anormal que le secteur hospitalier public, privé non lucratif et privé de statut commercial soit écarté des discussions conventionnelles sur ces sujets qui les concernent directement. Tel serait également le cas concernant la télémédecine, si l'article 36 du PLFSS 2018 reste en l'état.

Sur le financement au parcours ou à l'épisode de soins, la FEHAP propose une approche pragmatique, qui est d'engager des travaux sur des sujets « saisissables », avec des périmètres qui peuvent être établis sans

des difficultés trop sévères. Tel nous semble être le cas de la chirurgie bariatrique. Ou de ce que votre rapport expose sur l'expérience Suédoise, dans le domaine des prothèses orthopédiques.

Le rapport de la Cour des Comptes évoque le « progrès » que représente le projet IFAQ, s'agissant de lier financement et qualité. Il y a lieu d'attirer votre attention que la complexité du schéma originel, qui associe la prise en compte des résultats effectifs, mais aussi de la progression des indicateurs d'une année sur l'autre, aboutit aux résultats très paradoxaux suivants :

- *un établissement de santé avec d'excellents résultats peut être privé de financements, tandis qu'un autre bien moins coté va pouvoir en bénéficier ;*
- *le gestionnaire le plus avisé ne peut en rien anticiper sur les résultats financiers des modalités d'allocation d'IFAQ, totalement illisibles à l'échelle des professionnels de santé en l'état.*

Le modèle IFAQ actuel appelle donc des réfections et perfectionnements.

La FEHAP ne rejoint pas la Cour des comptes sur l'idée d'une « déconcentration tarifaire » au niveau des ARS, pour la dégressivité tarifaire. La difficulté première est qu'aujourd'hui, parfois à tort mais le plus souvent à raison, le régulateur ARS est perçu comme l'arbitre mais aussi comme l'entraineur, capitaine et joueur du seul secteur public hospitalier.

La FEHAP rejoint pleinement l'analyse de la Cour des comptes. La FEHAP suggère à la Cour que, dans les territoires excentrés, le principe d'exercice exclusif des spécialités médicales est dommageable. II devrait être possible à un praticien de conserver une activité de médecine générale en cabinet, tout en étant salarié à temps partiel en établissement de santé, en valorisant des qualifications complémentaires obtenues dans le domaine de la gériatrie, de la psychiatrie ou de la médecine physique et de réadaptation.

Sur les « compétences insuffisamment valorisées des auxiliaires médicaux », la FEHAP rejoint la Cour des comptes dans son appréciation et suggère le constat et la dynamique suivante : le décalage existant entre le rôle propre, d'ores et déjà autorisé, et le rôle financé. La FEHAP propose que des financements forfaitaires, et en exercice pluri professionnel, puissent valoriser ce potentiel aujourd'hui inexploité.

Il est également intéressant de noter le rôle dynamique du secteur hospitalier dans la valorisation du rôle des auxiliaires médicaux, comme cela a pu être observé dans le domaine de la filière ophtalmologique.

La FEHAP est impressionnée par la démonstration de la Cour des comptes sur le lien établi entre surdensité des professionnels libéraux, dans certains territoires, et dépenses d'assurance-maladie interrogeables sinon évitables, à hauteur de 3,2 milliards d'euros.

La FEHAP rejoint pleinement le constat de la Cour des comptes, pour une harmonisation voire une unification du pilotage national de notre système de santé, constat pertinent pour la dispersion des aides à l'installation, mais aussi sur nombre d'autres enjeux d'efficience.

La FEHAP ne rejoint pas complètement la Cour des comptes dans ses formulations concernant les contrôles T2A dans les établissements de santé. Les fédérations hospitalières sont unanimes à constater de sérieuses difficultés avec les équipes de contrôle : cette unanimité devrait susciter des interrogations.

Sur la fongibilité, la FEHAP souhaiterait qu'elle soit perçue de manière plus transversale et sans rester dans une lecture « à sens unique ». A titre d'exemple, le tarif global dans nombre d'EHPAD serait réalisable, avec une réelle amélioration de la qualité et de la cohérence des services rendus, si le recours sans limites à des professionnels libéraux dans des EHPAD en tarif partiel était réévalué avec lucidité.

La FEHAP partage entièrement la formulation de la Cour des comptes : « Les CHT doivent être mis au service du projet régional, et non l'inverse Mais cette phrase survient parce que la question se pose, et la FEHAP serait heureuse de lire la Cour des comptes sur ses propositions pour parer ce risque, d'ores et déjà avéré.

RÉPONSE DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOCAM)

L'UNOCAM tient à formuler les remarques suivantes :

- *dans l'introduction du chapitre II, la Cour estime qu'à l'hôpital, « c'est le renoncement croissant à des réorganisations pourtant nécessaires qui domine, au profit d'une gestion à très court terme ».*

L'UNOCAM abonde dans ce sens. Dans sa délibération n° 37 en date du 4 octobre 2017 relative au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'UNOCAM considère que la hausse du forfait journalier hospitalier, vue comme une simple variable d'ajustement, ne répond pas aux problèmes structurels de l'organisation et du financement de l'hôpital.

- *La Cour décrit les effets du « transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires », notamment de la « diminution des taux de prise en charge » de l'assurance maladie obligatoire.*

Sur la période 2006-2011, les pouvoirs publics privilégiaient les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire et les ménages, qui prenaient la forme de modifications du panier de soins remboursables, de baisses des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou de création de contributions forfaitaires et de franchises.

Ces transferts de charges ont été progressivement réduits au profit d'un renforcement des baisses de prix - en particulier de médicament - et de la création ou de l'augmentation de taxes parafiscales, prélevées sur les organismes complémentaires d'assurance maladie et versées à l'assurance maladie obligatoire ou au Fonds CMU.

Un tel procédé ne fait pas apparaître, aux yeux des assurés sociaux, le désengagement financier de l'assurance maladie obligatoire. Il fait supporter aux seuls organismes complémentaires d'assurance maladie la responsabilité de devoir afficher une hausse de leurs coûts. L'UNOCAM a déjà fait connaître à la Cour combien elle désapprouve le rôle de « financeurs invisibles », auquel les organismes complémentaires d'assurance maladie sont ainsi réduits.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 procède à la fois à un transfert de charges, avec la hausse du forfait journalier hospitalier, et à l'augmentation de la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait versé aux médecins traitants.

- *Il est fait mention d'une évaluation, réalisée par la Cour, des aides publiques aux contrats collectifs d'assurance complémentaire santé, à hauteur de 3,6 milliards d'euros. A minima, il conviendrait de reprendre ici l'intégralité des conclusions de la Cour, à savoir : « les aides publiques à la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire santé peuvent être évaluées à plus de 3,5 Md€. Elles concernent très majoritairement, soit pour 3 Md€, les seuls contrats collectifs. Leur souscription bénéficie d'un soutien public net de près de 1 Md€ en 2014 (soit la différence entre 3 Md€ d'avantages fiscaux et sociaux et 2 Md€ de taxation au titre de la TSA), tandis que les contrats individuels sont soumis à un prélèvement net de près de 2 Md€ (2,5 Md€ de TSA contre moins de 600 M€ d'aides publiques) ». Pour être exhaustif, il faudrait en outre déduire du « soutien public net de près de 1 Md€ » aux contrats*

collectifs d'une part le montant du forfait social qui s'applique sur la contribution patronale des entreprises de plus de neuf salariés, pour un montant évalué à 0,45 milliard d'euros, et d'autre part la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), au moins au titre de la part patronale de la complémentaire santé évaluée à 0,6 milliard d'euros (8 % avec abattement de 1,75 % sur 8 milliards d'euros de contributions patronales santé).

- *La Cour estime que la généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés devrait avoir pour effet d'améliorer d'une part le taux de couverture des adhérents et assurés et d'autre part le niveau moyen des garanties des adhérents et assurés.*

À cet égard, l'UNOCAM a déjà appelé l'attention de la Cour sur l'intérêt qu'il y aurait à évaluer la loi.

- *La Cour estime que « la configuration des règles de remboursement de l'assurance obligatoire est devenue très complexe et peu lisible pour le patient ». L'UNOCAM partage cette analyse et ne manquera pas de le rappeler lors des travaux gouvernementaux à venir sur la lisibilité des contrats des complémentaires santé.*

- *Dans le secteur de l'optique, la part des dépenses financées par les organismes complémentaires d'assurance maladie s'élève à 74 % en 2016 selon Les dépenses de santé en 2016 publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en septembre 2017. La DREES rapporte que la part des organismes complémentaires d'assurance maladie croit tendanciellement, de 55 % en 2006 à 74 % en 2016.*

S'agissant des audioprothèses, le rapport du HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé en 2013 rapporte que la part des dépenses financées par les organismes complémentaires d'assurance maladie représentait 30 % en 2011.

L'UNOCAM rappelle que la vision des restes à charge est à ce jour essentiellement macroéconomique. Les différentes réformes intervenues ces cinq dernières années mériteraient d'être évaluées de façon approfondie en termes d'impact sur les restes à charge individuels. En ce sens, l'UNOCAM approuve les propos de la Cour, « Le recul manque encore pour juger de l'efficacité de la nouvelle définition, en 2016, des contrats d'assurance complémentaire solidaires et responsables qui tentent de limiter les dépassements. »

- *La Cour souligne que « l'absence d'accès aux données de remboursement de la CNAMTS, qui permettent d'acquérir une vision fine et en partie médicalisée de celles-ci, empêche de surcroît l'émergence d'un outil commun d'évaluation et d'action sur les dépenses à la disposition des organismes de base et des organismes complémentaires. »*

L'UNOCAM partage l'analyse de la Cour.

La Cour se demande si la récente création du système national des données de santé (SNDS) et de l'Institut national des données de santé (INDS) pourra faire évoluer cette situation.

L'UNOCAM partage cette interrogation, s'agissant de transformations qui ont modifié profondément, dans ses principes et son organisation, l'accès des organismes complémentaires d'assurance maladie aux bases de données de l'assurance maladie obligatoire. L'UNOCAM a décidé de participer à la gouvernance de l'INDS, mais elle a prévu de réexaminer sa décision en 2018 sur la base du bilan des réponses apportées par l'INDS aux questions aujourd'hui en suspens et qui intéressent les organismes complémentaires d'assurance maladie dans leur accès aux bases du SNDS. Si les réponses apportées n'étaient pas satisfaisantes, l'UNOCAM déciderait de quitter l'INDS.

- *L'UNOCAM tient à préciser que, dans le cadre des négociations conventionnelles auxquelles elle participe et lors de l'examen des mesures législatives et réglementaires sur lesquelles elle est consultée pour avis, ses membres privilégient toujours les modalités techniques et financières qui n'accroissent pas les frais de gestion des organismes complémentaires d'assurance maladie. Les pouvoirs publics, quant à eux, paraissent souvent négliger cette question.*

- *La Cour décrit quatre scénarios d'évolution du système de l'assurance maladie.*

Dans le scénario consistant à « répartir les domaines de soins entre les différents dispositifs de couverture », la Cour suggère que les risques sur lesquels l'assurance maladie obligatoire intervient de façon très minoritaire soient transférés à l'assurance maladie complémentaire. Il s'agirait notamment des actes prothétiques en dentaire, de l'optique pour les plus de 18 ans et de l'audioprothèse.

La Cour intègre également les médicaments remboursés à 15 % ou 30 % par l'assurance maladie obligatoire, c'est-à-dire ceux s'étant vus attribués par la Haute Autorité de santé (HAS) un service médical rendu faible ou modéré, ainsi que les spécialités homéopathiques remboursables.

Pour l'UNOCAM, l'évolution de la gestion du risque ne devrait pas consister à transférer à l'assurance maladie complémentaire les dépenses portant sur des produits ou prestations dont le service médical rendu est limité et, par conséquent, ne justifiant pas aujourd'hui une prise en charge majoritaire par l'assurance maladie obligatoire.

L'UNOCAM n'entend pas se prononcer sur les propositions de la Cour. Toutefois, l'UNOCAM note que les scénarios proposés par la Cour ne règlent en rien le problème des dépassements d'honoraires médicaux et n'évoque pas les restes à charge sur les dispositifs médicaux autres que les équipements d'optique et d'audioprothèse.

- *Certains organismes complémentaires d'assurance maladie ou plateformes contractualisent directement avec des professionnels de santé afin de pouvoir offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge. Pour l'UNOCAM, ces réseaux de soins peuvent intervenir utilement dans la régulation de certaines dépenses de santé. Publiées par la DREES en 2017, Les dépenses de santé en 2016 font apparaître que le taux d'évolution de la dépense d'optique entre 2013 et 2016 est nettement inférieur au taux d'évolution des autres grandes catégories de dispositifs médicaux. Cela confirme le ralentissement de la croissance de la dépense d'optique observée depuis 2011, alors que la croissance des autres catégories de dispositifs médicaux s'accélère sur la période 2008-2016. La modération constatée dans l'évolution de la dépense d'optique pourrait s'expliquer en partie par l'action des réseaux mis en place par les organismes complémentaires d'assurance maladie.*

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans son rapport de juin 2017 sur les réseaux de soins, constate « un écart de prix notable - à la baisse - pour les soins ou les produits consommés via un réseau. » L'IGAS estime que, du point de vue de l'accès aux soins également, les réseaux ont « un effet globalement favorable ». L'IGAS note un écart important de reste à charge en faveur des adhérents et assurés qui recourent aux réseaux, notamment en optique (-50 % environ).

Les pouvoirs publics privilégient aujourd'hui une évolution du système fondée sur une diminution des restes à charge sur les postes de dépenses d'optique, d'audioprothèse et dentaires. Les organismes complémentaires d'assurance maladie sont sollicités pour contribuer à cet objectif au côté des autres acteurs, avec une perspective d'aboutissement en 2022.

Plusieurs leviers, déjà existant, peuvent être utilisés pour atteindre cet objectif. Certains sont à la main des organismes complémentaires d'assurance maladie. D'autres engagent l'assurance maladie obligatoire, les professionnels de santé, les industriels ou encore les pouvoirs publics.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT (LEEM)

1) Sur le coût des nouvelles molécules

Un encadré expose différents chiffrages qui gagneraient, pour la bonne compréhension et la crédibilité de la démonstration, à être précisés. En effet, le texte mélange des « prix par traitement » (anti-PD1), des coûts par mois (GLIVEC), des efficiences (Asfotase alpha), des coûts annuels (pour la sclérose en plaques), des coûts sans précision (thérapies géniques), des coûts français et des coûts américains… le tout générant un effet d'inflation sans doute utile à l'argumentation du paragraphe correspondant dont nous n'avons pas connaissance, mais peu robuste en termes de démonstration.

Nous voulons en effet rappeler qu'en matière de cancérologie notamment, compte-tenu de la très grande hétérogénéité des durées de traitement selon les cancers et les produits, la seule unité de mesure qui permette de mettre en perspective ou d'établir des comparaisons est le coût de traitement par patient et par an. Une analyse récente du LEEM, à partir de la base de données exhaustive des produits anticancéreux inscrits sur la liste en sus en 2017, rapporte un coût de traitement moyen par patient et par an de 22 000 €.

Par ailleurs, « décontextualiser » un prix de sa population-cible ou des performances du médicament et donc faire fi de toute notion d'impact budgétaire ou d'efficience, ne permet pas de tirer de conclusion utile en matière de politique publique. Ainsi, citer le prix des CAR-T-cells sans préciser qu'il s'agira le plus souvent de traitements délivrés une seule fois pour toute la vie, n'est pas contributif au raisonnement. Pour rappel, une première évaluation du NICE de la spécialité STRIMVELIS commercialisée à un prix de 594 000 € rapporte une efficience acceptable, selon l'organisme anglais, de 17 229 à 42 776 € /QALY.

Enfin un paramètre nous semble intéressant à prendre en compte, lié à la performance des nouveaux traitements anticancéreux sur la survie des patients. La chronicisation des cancers et donc l'allongement de la

durée de leurs prises en charge projette un défi économique impératif : optimiser l'efficience de l'organisation des soins.

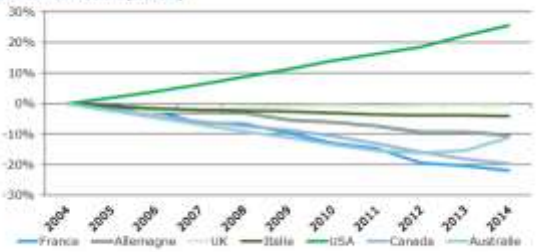
2) Sur la référence aux prix américains

La référence aux prix pratiqués aux États-Unis dont le système d'accès au marché est sans comparaison possible avec le système français, biaise significativement les jugements induits sur la situation française, objet du rapport.

Pour mémoire, s'agissant du prix des traitements anticancéreux aux États-Unis, ceux-ci sont rapportés en moyenne 60 % supérieurs aux prix français[284]*.*

Et leur évolution dans le temps se fait selon une dynamique croissante (fruit d'une négociation selon la règle de l'offre et de la demande avec les HMO) alors que la régulation dynamique des prix du médicament en France opère, au contraire, une décroissance comme le montre le tableau suivant.

Graphique 1 : Évolution chaînée de l'ensemble des prix des produits étudiés (base 100 en 2004 ou le cas échéant au lancement du produit).



Source : Données IMS

Ces deux considérations (prix en moyenne 60% plus élevés aux États-Unis et prix croissants dans le temps) expliquent le quadruplement du prix par année de vie gagnée rapporté dans l'étude américaine que le rapport cite en page 23. Elles sont spécifiques au marché américain et interdisent toute extrapolation à la situation française.

[284] Analyse du CEPS à partir de l'étude publiée dans le Wall Street Journal du 01/12/ 2015 disponible sur www.solidarités-sante.gouv.fr, complétée par les prix français.

3) Sur la « stratégie des laboratoires » pour fixer le prix des médicaments

La capacité à payer des marchés est certes, comme le rapporte la Cour, un des déterminants du prix proposé par les laboratoires, mais ce n'est qu'un déterminant parmi d'autres, considéré dans un « mix » d'analyses de pricing sophistiqué.

Il est heureux, d'un point de vue éthique, que la capacité à payer des marchés soit considérée. Historiquement, l'arrivée des antirétroviraux dans le traitement du VIH a débouché, à l'issue des accords de Prétoria, sur l'engagement des laboratoires internationaux à proposer aux pays en développement des prix adaptés à leurs capacités de financement. Une péréquation s'opère donc, dans le modèle économique de l'industriel, à l'échelle mondiale, qui permet l'accès des innovations à tous les citoyens du monde, indépendamment de la richesse de leurs pays.

Contrairement à ce que laisse entendre le rapport, les coûts de recherche et de production ne se présentent pas comme des déterminants pertinents pour la fixation du prix des médicaments. Du fait du modèle économique singulier du médicament, très étalé dans le temps, le prix négocié aujourd'hui ne sert pas à « amortir » les coûts de développement du médicament d'aujourd'hui mais à investir dans la recherche et le développement du médicament de demain. Par ailleurs, l'impossibilité « d'individualiser » par molécule et par pays des coûts de R&D largement mondialisés et recouvrant des pipelines, rend pratiquement impossible toute construction analytique du prix du médicament à partir des coûts de R&D.

4) Sur la régulation du prix des médicaments

Avec près d'1 milliard de baisses de prix par an, la France se classe parmi les pays dont la régulation économique du médicament est la plus dynamique. De tels niveaux de régulation sont d'ailleurs chaque année de plus en plus difficiles à obtenir et ont des effets délétères sur l'attractivité industrielle de la France.

Par ailleurs l'exemple des nouveaux traitements de l'hépatite C, dont le prix a chuté de plus de 30 % en un an avec l'arrivée de nouveaux produits, illustre bien le rôle régulateur de la concurrence, attendu dans de nombreuses classes thérapeutiques à venir.

Le baromètre conjoncturel BIPE-GERS[285] *rapporte que le chiffre d'affaires net de toute remise du marché des médicaments remboursables était au même niveau fin 2016 (23 Md€) que 7 ans auparavant, en 2009. Cette remarquable (et dommageable selon le LEEM) stabilisation démontre que les instruments de régulation économique (baisses de prix conventionnelles, clause de sauvegarde, contribution W…) ont permis d'absorber totalement les effets populationnels démographiques et épidémiologiques ainsi que deux vagues d'innovation thérapeutique (hépatite C, anti-PD1).*

Reversements et chiffre d'affaires régulé net

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Reversements (remises produits et ATU, clauses de sauvegarde W et L)	236 M€	272 M€	310 M€	327 M€	418 M€	1 124 M€	980 M€	1 280 M€
CA régulé total, net de reversements	**23090 M€ (+2,9%)**	**23224 M€ (+0,6%)**	**23254 M€ (+0,1%)**	**22793 M€ (-2,0%)**	**22399 M€ (-1,7%)**	**22741 M€ (+1,5%)**	**22 679 M€ (-0,3%)**	**22 881 M€ (+0,9%)**

Note : il s'agit des reversements effectifs. Donc, nets des crédits de remises utilisés

Ce serait faire un contresens que de laisser croire que de l'incapacité fonctionnelle du CEPS à mettre en œuvre les clauses conventionnelles précédemment dénoncée par la Cour, résulterait une insuffisance du rendement général de la régulation. La perte d'économies supposée découler de l'incapacité fonctionnelle du CEPS à suivre les clauses est en effet largement compensée par la régulation.

Le rapport exprime enfin des critiques à l'égard de la pratique des remises, des révisions et de l'article 18 de l'Accord- cadre relatif au maintien des prix en cas d'investissements européens sur lesquels nous souhaitons apporter les éclairages suivants :

Sur la pratique des remises :

Le LEEM souhaite rappeler que la pratique des remises est consubstantielle de la disparité des modalités de fixation des prix dans les différents pays entre lesquels, en cas de trop grands écarts de prix faciaux, risque de s'opérer des exportations parallèles dommageables à l'approvisionnement des patients.

Les remises sont, dans certains cas, indispensables à l'opérationnalité des accords : médicaments à indications multiples afin d'organiser une péréquation de la valeur, contrats de performance afin de garantir un risque… Dans d'autres cas, elles ont une utilité de santé publique : assurer le non dépassement d'une population-cible, d'une posologie recommandée...

[285] Baromètre BIPE-GERS, juin 2017

Une taxonomie des différents types de remise figure dans le dernier Accord-cadre.

Sur l'article 18 de l'Accord-cadre :

Le rapport expose que l'application de l'article 18 contribuerait à « maintenir des prix élevés ».

Le LEEM rappelle que seuls trois dossiers ont bénéficié du dispositif de valorisation des investissements depuis le 1er janvier 2016. Ainsi l'utilisation de l'exemple de XOLAIR pour dénoncer l'application de cette clause semble difficilement recevable puisque le prix et ses conditions ont été négociées en 2010.

Le Leem tient à faire remarquer que la disposition de l'article 18 ne porte pas sur le niveau de prix accordé mais sur sa stabilité, destinée à garantir pour une certaine durée les hypothèses économiques prises en compte par les investisseurs. La durée de stabilité qui ne doit pas excéder 5 ans n'a, en pratique, selon les dires du CEPS, pas excédé 18 mois.

Par ailleurs, les médicaments auxquels il s'adresse ne sont pas les médicaments d'ASMR 1 à 3 bénéficiant de prix européens élevés (car ceux-ci bénéficient déjà d'une garantie de prix durant 5 ans) mais les médicaments d'ASMR 4 ou 5 dont les coûts sont, par définition, inférieurs ou égaux aux coûts des comparateurs.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE BRISTOL-MYERS SQUIBB FRANCE

Nous souhaiterions formuler quelques remarques au sujet de la mention du prix d'Opdivo® et de son impact budgétaire.

Tout d'abord, le rapport fait mention d'un prix de 65 000 € pour un traitement avec Opdivo®. Ce montant correspond à 24 injections de 240 mg, soit pour un patient de 80 kg et pour une année complète de traitement. Or, plusieurs paramètres influent sur le calcul du cout de traitement d'Opdivo®.

D'une part, la durée de traitement d'Opdivo® varie selon chaque patient. Une durée moyenne de traitement égale à 12 mois correspondrait à une réussite complète du traitement tant en terme de réponse que de tolérance pour l'ensemble de la population.

D'autre part, étant donné la posologie d'Opdivo (3 mg/kg tous les 14 jours), le coût de traitement dépend également du poids du patient. Le

poids moyen en France est de 63 kg pour les femmes et 77 kg pour les hommes. Celui-ci varie également selon les types de cancer. Par exemple, un patient atteint d'un cancer bronchique pèse en moyenne 70 kg, ce qui correspond à une dose de 210 mg d'Opdivo® par injection pour laquelle il faut un flacon de 100 mg et trois flacons de 40 mg soit 220 mg (utilisation pour les patients entre 67 kg et 73 kg).

Ainsi, du fait de la variabilité du poids des patients et de la durée de traitement qui, dans la grande majorité des cas, est inférieure à un an, il nous semble justifié d'exprimer le coût d'un traitement avec Opdivo® par son coût mensuel de 5 500 € (correspondant à 2,17 injections[286] par mois) à 220 mg correspondant à la fourchette du poids moyen des français. En regard, un calcul équivalent reviendrait à un coût mensuel pour Keytruda® de 6 900 €[287].

Par ailleurs, concernant la notion d'impact budgétaire d'Opdivo®, il nous apparait important de rappeler que chaque nouvelle extension d'indication susceptible d'être financée sur la liste en sus fait l'objet de nouvelles négociations avec le Comité Économique des Produits de Santé. Aussi, il est impossible de présumer de l'impact budgétaire de futures indications sur la base des conditions économiques actuelles.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE GILEAD SCIENCES FRANCE

Le modèle économique des laboratoires de recherche est fondé sur une prise de risque majeure assumée par eux seuls à long terme, qui rend donc faux tout calcul rétrospectif de rentabilité à court terme sur les seules molécules qui réussissent à atteindre le marché.

Les nouveaux médicaments anti-VHC représentent de véritables révolutions thérapeutiques. Ils guérissent une maladie chronique virale potentiellement mortelle. Au-delà des milliers de vies sauvées, et des bénéfices de qualité de vie pour les patients, ces médicaments sont « coût-efficaces » compte tenu des coûts évités liés à la maladie. Cet exemple unique est difficilement extrapolable à d'autres innovations.

---

[288] V. sur ce point du coût important.' Gordon et al., "Impact of disease severity on healthcare costs in patients With chronic hepatitis C (CHC) virus infection" Hepatology 56 (Nov. 2012): 1651-60.

[288] V. sur ce point du coût important.' Gordon et al., "Impact of disease severity on healthcare costs in patients With chronic hepatitis C (CHC) virus infection" Hepatology 56 (Nov. 2012): 1651-60.

Dans le respect d'un système centré sur l'hôpital, l'accès aux soins a été ouvert, sur décision des autorités, en priorité aux patients les plus sévères en 2014, pour aboutir à l'accès universel en 2017. L'impact budgétaire a été bien maîtrisé. Le coût des traitements de l'hépatite C représente moins de 3 % des dépenses totales médicaments.

A l'avenir, une meilleure anticipation de l'arrivée et de l'impact des innovations majeures permettrait au système d'être plus fluide et mieux à même d'accueillir les révolutions thérapeutiques tant en termes budgétaires que sanitaires, notamment s'agissant des traitements curatifs de maladies jusqu'ici chroniques.

Remarques liminaires :

1. *Le postulat, selon lequel les prix des médicaments seraient fonction du coût inhérent à la recherche dont ils sont issus, ajouté aux coûts de production auxquels seraient appliqués une marge, est erroné. Le modèle économique selon lequel fonctionne l'industrie pharmaceutique est bien différent.*

En effet, un laboratoire choisit de diriger sa recherche de traitements contre une maladie pour laquelle le besoin médical n'est pas couvert. Il investit alors ses efforts dans la découverte et le développement de molécules, soit en interne avec ses propres équipes de recherche, soit en externe par l'acquisition de molécules développées par d'autres sociétés, souvent plus petites, qui n'ont pas les moyens de le faire seules.

Dans l'exemple des médicaments contre le virus de l'Hépatite C, Gilead a mené, pendant près de 15 ans, ses travaux de recherche et, parmi les nombreuses molécules développées et donc financées par le laboratoire, une trentaine a dû être abandonnée. Ce risque d'attrition est inhérent à toute recherche et il est porté exclusivement par l'industrie pharmaceutique. On estime que l'ensemble de l'industrie a investi plus de 50 milliards de dollars, entre 1994 et 2014, dans la recherche de médicaments anti-VHC. Seules 1,9 % des molécules développées durant cette période sont arrivées sur le marché. Et dans le cas des médicaments anti-VHC, l'innovation a été au rendez-vous. Ce n'est pas toujours le cas. A titre d'exemple, plus de 100 milliards de dollars ont été investis par les laboratoires dans la recherche contre la maladie d'Alzheimer sans succès marquant à ce jour. Ce modèle rend donc impossible tout calcul rétrospectif de la rentabilité d'un laboratoire sur la seule analyse des molécules qui ont réussi à atteindre le marché. Il faut comptabiliser celles qui sont abandonnées et valoriser les décennies de recherche.

2. *L'industrie pharmaceutique utilise ses bénéfices pour financer la recherche à venir, pas pour rembourser la recherche passée.*

Gilead existe depuis 30 ans cette année. Pendant ses 15 premières années d'existence, Gilead n'a réalisé aucun bénéfice. Par la suite, les bénéfices liés aux traitements anti-VIH nous ont permis de financer la recherche sur l'Hépatite C et d'aboutir au développement du sofosbuvir, du ledipasvir, du velpataspir et du voxilaprévir. Les bénéfices enregistrés sur ces nouveaux traitements sont et seront investis dans la recherche future de traitements innovants dans d'autres pathologies relevant de nos champs de recherche.

3. *Le système d'évaluation et de négociation des prix des nouveaux médicaments en France est basé sur l'amélioration thérapeutique apportée par le médicament évalué par rapport à des comparateurs cliniquement pertinents.*

Certains militent pour un système de fixation des prix des médicaments basés sur un calcul rétrospectif des investissements, en particulier en recherche. Ce système a existé en France, il y a plusieurs décennies, quand l'économie du médicament était essentiellement nationale. Cette méthode a été abandonnée car elle ne faisait que valoriser le coût de la recherche sans tenir compte de la valeur d'innovation pour la collectivité, ce qui n'avait aucun sens du point de vue de la dépense publique. Elle n'a, de plus, aucune légitimité dans une économie mondialisée.

La fixation du prix des médicaments est aujourd'hui encadrée par la loi, et tient compte, principalement, du niveau d'ASMR (amélioration du service rendu par le médicament), des conditions d'efficience du médicament, du prix des traitements de comparaison, des volumes d'utilisation attendus, et des prix pratiqués en Europe.

Ainsi, dans l'exemple de l'Hépatite C, le prix a été fixé par les autorités après accord conventionnel entre le CEPS et GILEAD, dans le strict respect des critères de fixation des prix prévus par la loi énoncés ci-dessus, tenant compte en particulier de l'ASMR importante accordée, ainsi que des prix des traitements de comparaison préexistants (trithérapies à base d'inhibiteurs de protéases de première génération). On oublie trop souvent que le coût de ces traitements de comparaison pourtant totalement obsolètes au point qu'ils ont aujourd'hui totalement disparus du marché - était de l'ordre de 30 000 €, c'est-à-dire un coût supérieur aux coûts de traitements actuels pourtant bien plus efficaces.

Il est à noter par ailleurs que le CEPS, sur la base des évaluations réalisées par la HAS, peut fixer des clauses de suivi des volumes de ventes. Si les ventes annuelles du médicament excèdent un volume fixé au préalable, le « surplus » peut alors être remboursé en partie par le

laboratoire sous forme de remises conventionnelles. Le système est bel et bien encadré et prévisible, et a été utilisé dans les accords conventionnels des anti-VHC.

En sus de l'accord conventionnel Sovaldi signé en novembre 2014, une contribution « w » spécifique aux médicaments anti-VHC a été votée et adoptée un mois plus tard, dans loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Cette contribution se déclenche à partir d'un plafond de dépenses d'Assurance Maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'ensemble de la pathologie Hépatite C, au-delà duquel les laboratoires doivent rembourser « l'excédent » perçu. Cette contribution était à la fois prospective et rétroactive sur 2014, venant ainsi percuter l'accord conventionnel signé pourtant quelques semaines auparavant.

Enfin, il nous parait important de ne pas oublier que les nouveaux traitements de l'Hépatite C ont révolutionné la prise en charge de cette maladie, de l'aveu même des patients et des praticiens. Fait très rare dans l'histoire médicale, nous sommes passés d'une maladie chronique coûteuse à une maladie dont on guérit en un temps relativement court, et qui induit des économies à long terme. Ces médicaments sont coût-efficaces parce qu'ils guérissent. Cette heureuse et trop rare exception fait des médicaments pour le traitement de l'hépatite C un exemple tout à fait à part, dont il ne faut s'inspirer qu'avec extrême prudence s'agissant de comparaison économique avec d'autres innovations.

Il nous semble aussi important de rappeler que notre objectif est d'améliorer les soins aux personnes atteintes par le VHC. Nous avons accompli cela en mettant sur le marché trois thérapies révolutionnaires qui offrent un traitement à la grande majorité des patients souffrant d'Hépatite C, une maladie chronique potentiellement mortelle qui, non traitée, impose des coûts importants aux systèmes de santé[288]. En seulement trois ans, 1,5 million de patients atteints de VHC ont été traités avec nos thérapies anti VHC dans le monde entier, plus de 60 000 en France et la grande majorité a guéri définitivement.

Les médicaments que Gilead commercialise - Sovaldi® Harvoni® et Epclusa® représentent une amélioration très significative par rapport aux traitements de référence antérieurs en termes d'efficacité, de sécurité, de durée et de tolérance du traitement. Les thérapies antérieures avaient des taux d'efficacité relativement faibles, des effets secondaires graves et

[288] V. sur ce point du coût important.' Gordon et al., "Impact of disease severity on healthcare costs in patients With chronic hepatitis C (CHC) virus infection" Hepatology 56 (Nov. 2012): 1651-60.

impliquaient une durée prolongée du traitement (jusqu'à un an)[289]. En revanche, Sovaldi® Harvoni® et Epclusa® guérissent la grande majorité des patients tant dans les essais cliniques que dans la vie réelle dans un court laps de temps (de l'ordre de quelques semaines) et avec peu d'effets secondaires. Gilead prévoit d'amener un quatrième produit sur le marché (Vosevi) qui répond à un autre besoin non satisfait pour les patients qui ont échoué dans les régimes de traitement antérieurs.

Réponse au rapport final :

1. La fixation des prix aux États-Unis

Il nous semble primordial de relever que l'étude menée par la Commission des finances du Sénat américain, dont il est question dans le rapport de la Cour des comptes, ne mentionne pas les baisses de prix qui sont intervenues depuis le lancement de Sovaldi® en 2013 aux États Unis.

En effet, Gilead a réduit le prix de ses traitements contre l'Hépatite C de façon très significative avec des réductions encore plus importantes pour Medicaid et le Département des anciens combattants des États-Unis.

Les documents que Gilead a fournis à la Commission démontrent que Gilead a déterminé un prix conçu pour maximiser l'accès à nos thérapies, bien au-dessous du prix qui aurait maximisé le profit. Comme les documents que Gilead a partagés avec la Commission des Finances du Sénat américain le démontrent, les payeurs publics et privés ont indiqué qu'ils mettraient relativement peu de restrictions à l'accès des patients aux soins si la fourchette de prix était entre 80 000 - 90 000 $. Ce qui était conforme au prix de la norme de soins existante et moins efficace, qu'ils couvraient déjà sans restriction[290]. Au lancement, le nombre initial de patients a dépassé toutes les prévisions, ce qui a, de façon inattendue, conduit aux restrictions initiales d'accès. Comme précisé plus haut, depuis le lancement de Sovaldi® en 2013, Gilead a baissé les tarifs de ses thérapies contre l'Hépatite C de manière significative avec des réductions

[289] V. sur ce point des taux d'efficacité relativement faibles des traitements antérieurs: "Hepatitis C.' The End of the Beginning and Possibly the Beginning of the End', Ann. Intern.Med. 156.4 (2012) 317-318; Hézode et al., "Triple therapy in treatment-experjenced patients With HCV-cirrhosis in a multicenter cohort of the French Early Access Program", J. Hepatol. 59.3 (2013) : 435; Gordon et al., "Safety profile of boceprevir and telaprevir in chronic hepatitis C.' real world experience from HCV-TARGET', J. Hepatol. (2014): 5.

[290] Sur les références aux prix des thérapies existantes, V. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, "FDA approves new treatment for hepatitis C virus", http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm376449.htm (Nov. 22, 2013).

encore plus importantes pour Medicaid et le département des Anciens Combattants des États-Unis.

En outre, l'innovation de Gilead avec Harvoni® pour réduire la durée de la thérapie, en seulement 8 semaines dans certains cas, a entraîné une nouvelle réduction de prix d'un tiers (en plus des rabais et des remises) pour de nombreux patients. La plupart des payeurs couvrant les thérapies anti-HCV de Gilead aux Etats-Unis, le font sans restriction initiale, y compris pour les fibroses légères à modérées. Depuis l'approbation de Sovaldi® en 2013, environ 630 000 personnes aux États-Unis ont été traitées avec un traitement à base de sofosbuvir (données à jour mars 2017).

2. Différences de prix entre États Unis et Égypte

Le laboratoire Gilead s'est engagé depuis plus de 10 ans maintenant dans un programme d'accès aux traitements innovants destinés aux pays du Sud et en voie de développement appelé « Access program ».

Dans le cadre de ce programme, Gilead a mis en place des accords de licence avec les génériqueurs pour ses molécules innovantes et ses méthodes de fabrication, permettant à ces derniers de produire et commercialiser à bas prix les traitements innovants développés par Gilead, les rendant ainsi accessibles au plus grand nombre.

Le delta de prix entre les États Unis et l'Égypte, pris en exemple dans le rapport de la Cour des comptes, est donc le résultat d'une volonté forte du laboratoire de mettre à disposition ses produits partout dans le monde notamment pour les maladies infectieuses dans le but d'enrayer la propagation des épidémies de ces maladies.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE NOVARTIS

Xolair®

S'agissant de Xolair®la Cour reprend, à tort, le chiffre présenté dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre dernier, selon lequel la non-application de la convention initiale, le retard dans la décision de baisser les prix, et la faiblesse des réductions effectuées induiraient un surcoût annuel de près de 130 M€ pour l'assurance maladie.

Comme cela a déjà été précisé à la Cour, dans le cadre de nos observations sur le rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale 2017, cette affirmation est non étayée et Novartis entend, à nouveau, apporter tes précisions suivantes

- *Sur l'appréciation de la valeur thérapeutique de Xolair® par la HAS :*

La HAS a reconnu que Xolair® apportait une amélioration du service médical rendu de niveau IV dans son indication initiale « asthme persistant sévère mat contrôlé d'origine allergique » chez les adultes (en 2006) mais également dans son extension d'indication en pédiatrie en 2010.

Une ASMR IV a également été obtenue dans une extension d'indication dans le traitement de l'urticaire chronique spontané (avis de la Commission de la Transparence du 15 avril 2015). Par ailleurs, une étude sollicitée par les autorités (Haute Autorité de Santé- HAS et Comité Économique des Produits de Santé - CEPS) pour évaluer l'utilisation en vie réelle de Xolair® dans l'asthme sévère a été produite en 2010 par Novartis (Étude PAX).

Cette étude réalisée dans une large cohorte de patients atteints d'asthme sévère mal contrôlé a confirmé « le bénéfice de l'omalizumab en montrant une réduction du risque d'exacerbations graves, c'est-à-dire entraînant une hospitalisation ou une visite aux urgences, d'environ 50 % (analyse principale) ». Ces résultats ont permis le maintien du niveau d'ASMR.

- *Sur les baisses de prix appliquées à Xolair® :*

La convention initiale signée entre Novartis et le CEPS en 2006 prévoyait de revoir le prix de Xolair® uniquement si l'étude PAX ne confirmait pas les résultats de l'étude d'enregistrement « INNOVATE ». Ces résultats ayant été confirmés, les accords initiaux ont pu être respectés.

Par la suite, des baisses de prix successives ont été appliquées à Xolair® faisant suite à l'extension d'indication dans l'urticaire chronique spontané :

- *7 % en 2015 ;*
- *8 % en 2016 ;*
- *4 % en 2017.*

Il n'y a donc pas ici de décalage entre l'apport thérapeutique d'une part et la régulation économique par le prix d'autre part.

- *Sur le surcoût estimé par la Cour généré par Xolair® :*

La Cour des comptes mentionne un surcoût qui serait estimé à 130 millions d'euros en 2016, pour autant elle ne donne aucun élément sur les hypothèses de calcul qui l'ont amenée à avancer le chiffre précité.

En tout état de cause, cette notion de « surcoût » apparait erronée.

En effet, il est important de rappeler, à nouveau, que l'apport thérapeutique de Xolair® en vie réelle a été confirmé par l'étude PAX dans le respect des termes conventionnels établis entre le CEPS, la HAS et Novartis à l'inscription du produit.

Ainsi, les accords initiaux sur le prix de Xolair® ont pu être respectés et le principe même d'un « surcoût » pour l'assurance maladie n'apparait donc pas pertinent.

Enfin, Novartis souhaite rappeler que les Autorités peuvent revoir les prix fixés à tout moment pour les médicaments dans le respect de discussions dont les modalités et les résultats sont fixés dans l'accord-cadre et dans les avenants signés entre les laboratoires pharmaceutiques et le CEPS. Il n'existe donc pas de « rente » pour les médicaments.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE MERCK SHARP & DOHME (MSD) FRANCE

Cet extrait porte sur « les nouvelles molécules et leur coût ». S'agissant d'un court encadré, il nous est difficile de comprendre l'objectif recherché à travers cet exemple et de nous prononcer sur le bien-fondé de la référence faite à Keytruda® sans le contexte d'analyse plus large retenu par votre institution et que nous ne connaissons malheureusement pas.Pour autant, force est de constater que cet extrait fait état d'informations incomplètes et imprécises et que nous en sollicitons le retrait afin qu'elles ne soient pas préjudiciables non seulement à notre laboratoire mais aussi à la communauté des professionnels de santé et des patients.

En tout premier lieu, les coûts affichés pour les anti-PD1 dans ce rapport sont ceux calculés à partir des tarifs publiés au Journal Officiel sans aucune précision sur l'indication concernée ni sur les modalités de calcul.

Il n'est fait état de façon générale ni de l'existence des remises conventionnelles résultant de l'application d'accord de prix négocié conventionnement avec le CEPS qui permet une maitrise forte des dépenses

pour l'Assurance Maladie ni des différentes taxes et contributions pharmaceutiques calculées par les administrations fiscales et de sécurité sociale sur le tarif publié au Journal Officiel auxquelles les industriels contribuent.

En conséquence, le calcul du coût présenté dans ce rapport ne reflète pas le coût réel des traitements pour la collectivité et ne peut donc pas être retenu. De plus, du fait de périmètres de remboursement différents entre les 2 médicaments de la classe de l'immunothérapie anti-PD1, la mise en perspective des coûts des 2 anti-PD1 ne nous semble pas pertinente.

Nous sollicitons donc la suppression de la référence au coût de traitement.

De plus, nous soulignons également que les ventes de Keytruda® au sein du marché de l'immunothérapie anti-PD1 représentent 20 % de la dépense totale annuelle (données Gers de sept. 16 à août 2017).

Nous regrettons que ce rapport sur l'efficience des dépenses et la responsabilisation des acteurs ne mentionne pas l'approche responsable de notre laboratoire dans le développement clinique de Keytruda®. En effet, dans le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC), première cause de mortalité par cancer, MSD s'est efforcé de rechercher un nouveau biomarqueur tel que recommandé dans le plan Cancer 2014-2019 en vigueur. Le ciblage des patients exprimant le biomarqueur PDL1 est donc une approche responsable permettant de sélectionner ceux qui bénéficieront le plus de cette innovation thérapeutique majeure et de contribuer donc à une meilleure efficience de la dépense pour l'Assurance Maladie.

Nous regrettons également que la spécialité Zepatier® nouvel agent d'action directe contre le virus de l'hépatite C (AAD), ne figure pas dans ce rapport. MSD a également fait le choix d'une approche économiquement responsable pour la fixation du coût de ce médicament (décote de 400/0 vs le coût du médicament majoritairement prescrit) ce qui a significativement contribué à l'accès universel aux AADs des patients et a permis de diminuer considérablement l'impact budgétaire de cette classe thérapeutique de médicaments en 2017.

Enfin, nous soulignons que l'investissement des industriels de la santé en termes de recherche clinique en France devrait également être intégré à la réflexion générale. Les essais cliniques sont un vecteur de clef de l'accès précoce des patients aux innovations et sans coût pour l'Assurance Maladie. En France, c'est plus de 1 500 patients inclus dans le programme de recherche clinique en oncologie avec 300 sites et dans l'hépatite C, plus de 540 patients dans 68 sites investigateurs.

Pour conclure, nous tenons à souligner que MSD est pleinement conscient des enjeux de l'avenir de l'Assurance Maladie et s'efforce en conséquence de développer des médicaments, vecteur de progrès thérapeutique avec des approches permettant de contribuer à l'efficience des dépenses de l'Assurance Maladie comme peuvent illustrer les dernières innovations mises sur le marché ou en cours de négociation cette année: Keytruda® dans le CBNPC 1L et 2L et Zepatier® dans l'hépatite C chronique.