



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Rapport

du Haut Conseil

pour l'Avenir de

l'Assurance Maladie

Septembre 2009

Composition du Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie
-décret n° 2006-1370 du 10 novembre 2006-

Président

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

Vice-Président

M. Denis PIVETEAU, Conseiller d’Etat

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

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Christophe PRUDHOMME

CFDT

M. Gaby BONNAND, secrétaire national

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral

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

CFTC

M. Michel ROLLO, secrétaire général de la Fédération CFTC santé sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale

MEDEF

M. Bernard MESURÉ,

M. Jean-François BUISSON, président de la Commission Santé Sociale du MEDEF, président de l’Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA)

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

Mme Michèle PARIZOT

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l’Union Nationale des Professions Libérales

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

M. Yves BUR, UMP, Bas-Rhin

M. Pierre MÉHAIGNERIE, président de la C^{ion} des affaires culturelles, familiales et sociales, UMP, Ile-et-Vilaine

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Jean-Jacques JÉGOU, UDF, Val-de-Marne

M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Six représentants de l'Etat

M. René SÈVE, directeur général au centre d'analyse stratégique
M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
Mme Annie PODEUR, directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins
M. Didier HOUSSIN, directeur général de la santé
M. Benoît COEURÉ, directeur du trésor et de la politique économique
M. Philippe JOSSE, directeur du budget

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Laurent DEGOS, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur générale de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)
M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
M. Gérard QUÉVILLON, président du Régime Social des Indépendants (RSI)
M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Laurent VACHEY, inspecteur général des finances

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), président de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)
M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)
Dr. Claude LEICHER, vice-président de MG-France
M. Pierre LEPORTIER, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)
M. Jean-Claude MICHEL, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)
M. Patrick PÉRIGNON, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral)
M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Cinq représentants des établissements de santé

M. Claude EVIN, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF), ancien ministre de la santé
M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)
Dr. Max PONSEILLÉ, président d'honneur de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers
Pr. Alain DESTÉE, président de la conférence nationale des CME de CH Universitaires

Un représentant des industries du médicament

M. Christian LAJOUX, président du LEEM (LEs Entreprise du Médicament)

Un représentant des industries des dispositifs médicaux

Mme Odile CORBIN, Directeur Général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur en charge du dossier « Santé-Vieillesse » à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Arnaud de BROCA, secrétaire général de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

M. Christian SAOUT, président du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)

Neuf personnalités qualifiées outre le président et le vice-président

Mme Chantal CASES, directrice de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

M. Bruno DURIEUX, président du Comité National des Conseillers du Commerce Extérieur de la France (CNCCEF), inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

M. Pierre-Jean LANCRY, directeur santé de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l'Institut Gustave-Roussy

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS, ancienne directrice de l'IRDES

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétariat général

Agnès BOCOgnANO

contact : Cendrine CROCHU – Tél. 01.40.56.56.00.

AVANT-PROPOS

I - Dans son rapport 2009, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie analyse l'état des comptes, la prise en charge des dépenses de soins par les différents financeurs et la « maîtrise médicalisée ».

a) Sur l'état des comptes, le Conseil retient les trois constats principaux suivants :

- le mouvement de baisse du déficit des régimes de base de l'assurance maladie amorcé depuis 2005 devrait être brutalement interrompu en 2009 ;
- les recettes de l'assurance maladie (CNAMTS) ont évolué plus vite que le PIB sur la période 2004/2009.
- le taux de prise en charge de la dépense de santé a connu un léger fléchissement, passant de 77,1% en 2004 à 75,5% en 2008 ;

b) Le Conseil fait l'analyse suivante du système de prise en charge des dépenses de soins :

- le système de prise en charge est stable, le partage entre régimes de base et complémentaires n'ayant pas fait l'objet de changements conceptuels marquants.
- mais il connaît des inflexions significatives avec l'amélioration du dispositif de complément de la CMUC, l'encadrement de l'intervention des organismes complémentaires, une association plus nette de ces organismes à la gestion des prestations.
- les restes à charge, notamment hospitaliers, peuvent peser lourdement sur le budget de certains ménages, voire entraver l'accès aux soins lorsque que l'effort financier à fournir est trop important par rapport au revenu : la jurisprudence du Conseil Constitutionnel et du Conseil d'Etat est en train de faire émerger ce qu'on peut appeler un droit à une couverture suffisante des dépenses de soins (prise en charge collective des dépenses, à un niveau suffisant pour garantir à chacun l'accès effectif à des soins de qualité).

c) Le Conseil a consacré une place importante à l'analyse des dépassements d'honoraires médicaux :

- un retour historique montre que la possibilité des dépassements d'honoraires n'est pas nouveau. Mais des questions sur les principes qui régissent le système de prise en charge sont à l'évidence soulevées à partir du moment où, au moins localement (pour certaines spécialités, certains territoires) la liberté tarifaire devient pratiquement la règle.
- ces contrastes dans la pratique locale des dépassements d'honoraires sont générateurs d'inégalités très concrètes à la fois de chance de gains pour les médecins et d'accès à des soins à tarifs opposables pour les assurés. Le Conseil constate qu'aucun diagnostic complet ne peut être dressé aujourd'hui de l'offre à tarifs opposable, tenant compte notamment de l'offre hospitalière publique et des pratiques tarifaires des médecins de secteur 2. Mais une première approche montre que cette offre pourrait varier d'un département à l'autre, du simple au double pour les généralistes, et du simple au triple si l'on considère l'accès au généraliste des personnes à bas revenu.

- d) Enfin, le Conseil porté son attention sur les concepts qui fondent la maîtrise médicalisée. Il salue l'avancée considérable dans le domaine des outils de connaissance et la mise à disposition de recommandations de bonne pratique sans laquelle les efforts d'imagination et d'initiatives des partenaires conventionnels et des pouvoirs publics pour faire vivre la maîtrise médicalisée depuis 1993 n'auraient pas trouvé les moyens de leur mise en œuvre. Le conseil estime cependant que l'attachement à l'objectif d'optimisation de la qualité des soins ne doit pas voiler la nécessité d'accélérer l'obtention de résultats plus mesurables sur la pratique médicale.

II - Dans ce rapport 2009, figurent également les avis sur le médicament et la situation des établissements de santé adoptés depuis le rapport précédent.

**Rapport 2009 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
adopté le 2009**

SOMMAIRE

CHAPITRE I -	Etat des comptes.....	5
1)	Les soldes.....	5
2)	Les dépenses.....	5
3)	Les recettes des régimes de base.....	9
4)	Le traitement de la dette sociale.....	12
5)	Les créances du régime général sur l'Etat.....	12
6)	La prévision de la loi de finances pluriannuelle.....	13
CHAPITRE II -	La prise en charge des dépenses de soins : régimes de base, institutions de protection complémentaire, ménages.....	14
SECTION I -	Un cadre conceptuel assez stable.....	14
I -	Il n'y a pas de changement de paradigme.....	14
1)	Les pouvoirs publics revendiquent la stabilité de l'engagement des régimes de base.....	14
2)	Le partage entre régimes de base et organismes complémentaires (OC) reste marqué par l'importance du co-paiement.....	15
II -	Mais le système connaît des inflexions significatives.....	15
1)	La création d'un dispositif de complément de la CMUC.....	15
2)	Encadrement de l'intervention des complémentaires.....	16
3)	Une association plus nette des organismes complémentaires à la gestion des prestations.....	17
SECTION II -	explication de l'effritement du taux de prise en charge.....	18
I -	Le durcissement des règles de remboursement.....	18
1)	L'accroissement de la participation financière des assurés.....	18
2)	Les mesures adoptées.....	19
II -	La croissance des dépenses hors du champ de la dépense remboursable.....	20
1)	On a procédé sur la période à des déclassements de médicaments.....	20
2)	Les dépassements d'honoraires.....	20
3)	La croissance des dépenses non présentées au remboursement.....	20
III -	La déformation de la structure des soins.....	21
SECTION III -	quelle appréciation au regard de l'accès aux soins ?.....	22
Sous Section I -	Des problèmes d'accessibilité liés au reste à charge (RAC).....	22
1)	Le RAC (en ville) augmente avec la consommation de soins.....	22
2)	Les actions entreprises pour cantonner les risques liés à la croissance du RAC.....	23
3)	Mais on n'a pas fait de progrès sur les pointes de RAC dans les établissements de santé.....	23
Sous Section II -	La portée du principe constitutionnel de protection de la santé.....	23
1)	L'évolution de la jurisprudence s'est faite en plusieurs étapes.....	23
2)	L'émergence d'un droit à une couverture suffisante des dépenses de soins.....	27
Sous Section III -	La problématique des dépassements d'honoraires médicaux.....	28
I -	Le contexte de l'analyse des dépassements et des scénarios d'évolution pour le Haut conseil.....	28
II -	Analyse des dépassements d'honoraires médicaux.....	30
A)	Les éléments de cadrage : juridique et historique et financier.....	30

1) Le cadrage juridique	30
2) La mise en perspective historique : une réalité constante dans son principe	32
3) Le cadrage financier	33
B) Les questions posées selon le point de vue adopté.....	35
1) Les questions de principe : la conciliation avec certains fondamentaux du système de soins	35
2) Du point de vue des praticiens : la question de l'équité des rémunérations	39
3) Du point de vue du patient : égalité d'accès aux soins et frein au recours aux soins.....	44
III - Scénarios d'évolution.....	58
1) Il convient en tout état de cause de faire respecter la loi	58
2) Le scénario d'augmentation du tarif opposable	59
3) Le schéma de secteur optionnel fait l'objet d'actives discussions entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats de médecins	60
4) Deux approches plus limitées et pragmatiques des dépassements en établissements de santé.....	63
5) La place des complémentaires dans les différents scénarios	65
6) L'avenir du secteur 2	65
CHAPITRE III - La maîtrise médicalisée	67
I - Le concept de maîtrise médicalisée	67
1) Les caractéristiques de la maîtrise médicalisée la distinguent clairement de la maîtrise comptable.	67
2) La nature de la maîtrise médicalisée	68
II - Les outils nécessaires à la maîtrise médicalisée	70
A) Des outils pour connaître les comportements	71
1) La mise en place d'un système d'information détaillé et unifié de l'assurance maladie	71
2) Le codage des biens et des services et des pathologies	72
3) Les avancées du parcours de soins.....	73
4) L'utilisation de ces outils	73
B) Des outils pour asseoir la maîtrise médicalisée sur la qualité des soins	74
1) La production de documents de « référence qualité » par la HAS	74
2) La production de recommandations par l'AFSSAPS	75
3) La production de référentiels par l'UNCAM validés par la HAS	75
C) Des outils encore insuffisants de coordination des soins	75
III - Les formes de la maîtrise médicalisée	76
A) Les formes visant à stimuler un mouvement spontané d'évolution des pratiques	76
1) Implication des professionnels de santé par la formation et l'évaluation....	76
2) Implication des professionnels de santé par la sensibilisation.....	78
B) L'encadrement de la pratique professionnelle par des règles normatives.....	79
1) Les RMO : l'adoption de références médicales opposables s'est accompagnée d'un mécanisme de sanctions	79
2) La mise sous contrôle préalable	79
C) Les formules visant à l'engagement réciproque des parties dans le cadre des conventions : la contractualisation	80
1) Les engagements collectifs	80
2) Les engagements individuels : les contrats individuels de bonne pratique .	83
D) L'engagement individuel hors du cadre conventionnel : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles.....	83

1) Objet.....	84
2) Selon ses promoteurs, le CAPI tire les conséquences d'un triple constat ...	84
3) Analyse du CAPI	85
4) Enjeux financiers	90
5) Premiers éléments de discussion.....	91
IV - Les résultats	93
1) L'évaluation des résultats de la formation et de l'évaluation	93
2) L'évaluation des résultats des RMO	93
3) L'évaluation des résultats des mises sous ententes préalables.....	94
4) L'évaluation des résultats des Acbus	94
5) L'évaluation des résultats du dispositif conventionnel de 2005	95
6) L'évaluation des résultats des contrats individuels dans le cadre conventionnel	97
CHAPITRE IV - Les avis adoptés par le HCAAM.....	99
I - Actualisation et avis sur le médicament	99
II - Actualisation et avis sur la situation des établissements de santé	117
ANNEXES AU RAPPORT 2009	132
ANNEXE 1 - Contribution de la Mutualité Française concernant l'accès aux données codées détaillées de remboursement	134
ANNEXE 2 - Contribution de la FFSA concernant l'accès aux données codées détaillées de remboursement	136
ANNEXE 3 - Liaison entre les moyennes régionales de la dépense remboursée par le régime obligatoire et du ticket modérateur (médecine de ville) ou du RAC (médecine de ville et prescription)	140
ANNEXE 4 - « Point sur la couverture des ALD par des guides HAS en juin 2009 » ..	142
ANNEXE 5 - Extraits de la note de la HAS	146
ANNEXE 6 - Avis adopté lors de la session du CNOM de décembre 2008	152
ANNEXE 7 - Communiqué de presse de la CSMF	154

CHAPITRE I - ETAT DES COMPTES**1) Les soldes**

En 2008, le déficit de la CNAMTS s'est établi à 4,4Md€, en repli de 0,2Md€ par rapport à 2007. Celui de la section maladie du FFIPSA s'est accru de 0,2Md€. Le déficit de l'ensemble des régimes de base d'assurance maladie est ainsi de 5,5Md€, en recul de 0,7Md€ par rapport à 2007. Sur la période 2004-2008, le déficit de la branche maladie a ainsi été réduit de moitié.

Pour l'année 2009, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) prévoyait la poursuite de cette amélioration, avec un déficit de 3,8Md€ pour l'ensemble des régimes de base. Elle prévoyait également une réforme d'ensemble du financement du régime des exploitants agricoles avec la suppression du FFIPSA à compter de 2009.

La Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2009 a revu ces prévisions à la baisse, avec un doublement du déficit de la branche maladie du régime général, à -9,4Md€. Cette dégradation trouve notamment son origine dans la récession qui se traduit en particulier par la chute de la masse salariale et donc des pertes de recettes.

Tableau 1 - Soldes de la branche maladie (régimes de base et FFIPSA)

<i>En milliards d'euros</i>	2004	2005	2006	2007	2008	LFSS 2009
Régime général	-11,6	-8,0	-5,9	-4,6	-4,4	-4,6
Ensemble des régimes de base	-11,6	-8,1	-5,8	-5,0	-4,1	-3,8
FFIPSA, part maladie		-0,85	-0,7	-1,2	-1,4	-
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-11,6	-8,9	-6,5	-6,2	-5,5	-3,8

Sources : DSS-SDEPF/6A pour les années 2004 à 2008, LFSS pour 2009 et annexe 8 du PLFSS 2009.

Le taux de déficit (déficit/dépenses dans le champ de l'ONDAM) a été divisé par 2,5 entre 2004 et 2008, passant de 8,9% en 2004 à 3,6% en 2008.

En 2009, ce mouvement de baisse amorcé depuis 2005 devrait être brutalement interrompu.

2) Les dépenses**a) Les dépenses du champ de l'ONDAM***a1) Evolution de la dépense brute sur les trois champs de l'ONDAM*

Le rythme de croissance de l'ONDAM s'est ralenti en 2008 avec un taux de 3,4%, essentiellement sur les dépenses de soins de ville (+2,5%).

La LFSS pour 2009 prévoit une progression de l'ONDAM de 3,1%.

La CCSS de juin 2009 retient un dépassement de 400M€ qui correspond au milieu de la fourchette retenue par le Comité d'alerte dans son avis du 29 mai 2009. Ceci conduirait à une augmentation des dépenses d'assurance maladie de 3,5% en 2009.

Tableau 2 – Décomposition des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM

	Objectifs 2008 arrêtés (*) (Md€)	Ecart/objectif 2008 (Md€)	Variation par rapport à l'année précédente					2008/2004
			2004	2005	2006	2007	2008	
Soins de ville	70,6	0,8	4,3%	3,1%	2,8%	4,4%	2,5%	+13,4%
Etablissements de santé	67,6	0,1	4,5%	4,4%	3,0%	3,0%	3,8%	+15,0%
Médico-social	12,9	0,0	9,3%	7,8%	6,4%	6,7%	6,4%	+30,2%
Autres	0,9	0,0			14,4%	3,6%	4,9%	
ONDAM	152,0	0,9	4,9%	4,0%	3,2%	4,0%	3,4%	+15,4%
PIB en valeur	-	-	4,1%	4,0%	4,7%	4,9%	2,9%	+17,5%

Source : rapport de la CCSS de juin 2009

(*) : Les écarts entre les objectifs arrêtés et ceux votés lors de la LFSS pour 2008 proviennent des transferts de fongibilité qui ont globalement un impact nul.

Cette évolution appelle deux commentaires :

- sur la période 2004-2008, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont progressé un peu moins vite que le PIB en valeur (+15,4% contre +17,5%) ;
- les dépenses de l'ONDAM médico-social connaissent une forte progression (+30,2% entre 2004 et 2008).

On peut obtenir une estimation de l'ONDAM en termes réels par deux approches : l'approche « dépenses » qui met en regard les dépenses de l'assurance maladie avec la dépense de santé et qui consiste à déflater l'ONDAM en valeur par l'évolution des prix de la CSBM ; et l'approche « ressources » pour laquelle on déflate l'ONDAM par l'évolution des prix du PIB, les ressources de l'assurance maladie étant quasiment indexées sur le PIB en valeur.

Les prix de la santé évoluant moins rapidement que ceux du PIB, on constate que sur les quatre années étudiées, avec l'approche par les dépenses, les dépenses en termes réels dans le champ de l'ONDAM ont progressé beaucoup plus rapidement (+11%) que le PIB en volume (+7%). En revanche, l'ONDAM augmente un peu moins rapidement (+5,2%) que le PIB (+7%) avec l'approche par les ressources.

Tableau 3 – Evolution de l'ONDAM et du PIB en termes réels

	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2004
ONDAM déflaté par les prix de la CSBM	+ 3,3%	+ 2,7%	+ 2,5%	+ 3,0%	+ 2,5%	+ 11,0%
ONDAM déflaté par les prix du PIB	+3,2%	+2,0%	+0,8%	+1,5%	+0,9%	+5,2%
PIB en volume	+ 2,5%	+ 1,9%	+ 2,2%	+ 2,3%	+ 0,4%	+ 7,0%

Sources : DSS-SDEPF/6A pour l'ONDAM ; Drees, comptes de la santé pour la CSBM ; Insee, comptes nationaux pour le PIB

Calculs : secrétariat général du HCAAM

Un écart d'1 point représente, en 2008, 1,5Md€.

a2) Evolution de la dépense remboursée

Le taux de prise en charge a connu un très léger fléchissement, solde entre la progression des dépenses sans ticket modérateur (notamment celles des assurés en ALD) d'une part, des mesures réglementaires qui ont accru la participation des ménages d'autre part.

Le rapport du HCAAM de juillet 2007 les avait chiffrées à 2Md€. Celles des mesures¹ prises à la suite du comité d'alerte de juin 2007 qui ont modifié les conditions réglementaires de

¹ Notamment la réforme du plafond journalier du forfait de un euro et l'accroissement de la pénalité en cas de consultation hors parcours.

prise en charge ont généré des économies évaluées à moins de 200M€ sur 2007 (350M€ en année pleine).

L'institution de franchises sur les médicaments, les soins infirmiers et les transports sanitaires fait glisser 850M€ de l'assurance maladie sur les ménages en 2008.

Tableau 4 – Evolution de la CSBM et des principaux taux de prise en charge

	2004	2005	2006	2007	2008
Taux de croissance de la CSBM	5,1%	4,3%	4,0%	4,4%	3,8%
Ratio dépense remboursée/CSBM ^(*)	77,1%	77,0%	76,3%	76,1%	75,5%
Ratio dépense remboursée/dépense présentée au remboursement	82,7%	82,6%	82,5%	82,2%	
Ratio dépense remboursée/dépense reconnue	86,9%	86,6%	86,5%	86,3%	

Source : DREES, Comptes de la santé 2008 (septembre 2009)

(*) Ce ratio correspond au taux de prise en charge par la sécurité sociale défini par la Drees.

Tableau 5 – Ventilation de la CSBM par nature de dépenses en 2004, 2005, 2006 et 2007

	2004		2005		2006		2007	
	Structure	Montants (Md€)	Structure	Montants (Md€)	Structure	Montants (Md€)	Structure	Montants (Md€)
CSBM	100,0	144,9	100,0	151,2	100,0	156,5	100,0	163,8
<i>Médicaments non remboursables, certaines lentilles oculaires, ...</i>	5,0	7,2	4,9	7,4	4,9	7,7	5,0	8,1
Dépense remboursable	95,0	137,7	95,1	143,8	95,1	148,9	95,0	155,7
<i>Médicaments remboursables non présentés au remboursement, soins non présentés au remboursement</i>	1,8	2,5	1,8	2,7	2,0	3,2	1,9	3,1
Dépense présentée au remboursement	93,3	135,1	93,3	141,1	93,1	145,7	93,1	152,6
<i>Dépassements</i>	4,5	6,5	4,4	6,6	4,3	6,8	4,4	7,2
Dépense reconnue	88,8	128,6	88,9	134,5	88,7	138,9	88,7	145,4
<i>Ticket modérateur, forfait journalier</i>	11,5	16,7	11,9	18,0	12,0	18,7	12,2	19,9
Dépense remboursée	77,3	111,9	77,0	116,5	76,8	120,2	76,6	125,4

Source : DREES, Comptes de la santé 2007 (septembre 2008)

(*) Sont compris ici les dépassements sur les honoraires médicaux et dentaires

a3) Evolution des soins de ville

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 16% entre 2004 et 2008. La croissance des honoraires privés est relativement modérée (+11%).

L'année 2008 est caractérisée par un ralentissement de la croissance de tous les postes qui composent les soins de ville, à l'exception des indemnités journalières maladie et accidents du travail.

Tableau 6 – Les soins de ville dans le champ de l'ONDAM*en millions d'euros*

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2008/2004
Honoraires libéraux	23 028	23 596	+2,5%	24 634	+4,2%	25 766	+4,7%	26 529	+3,0%	+15,2%
dont hono. privés	13 991	14 161	+1,3%	14 597	+3,0%	15 163	+3,9%	15 522	+2,4%	+10,9%
dont hono.paraméd.	4 564	4 795	+5,0%	5 129	+6,9%	5 549	+8,2%	5 851	+5,4%	+28,2%
dont laboratoires	2 540	2 568	+1,3%	2 646	+2,8%	2 678	+1,4%	2 690	+0,5%	+5,9%
dont transports	1 932	2 071	+7,3%	2 262	+9,1%	2 377	+5,1%	2 464	+3,7%	+27,5%
Autres soins de ville	25 801	26 672	+3,4%	27 960	+1,5%	29 375	+5,0%	29 985	+2,1%	+16,2%
dont médicaments	15 935	16 679	+4,6%	16 976	+1,8%	17 738	+4,6%	17 656	-0,5%	+10,8%
dont IJ	7 363	7 275	-1,2%	7 232	-0,6%	7 511	+3,7%	7 947	+5,8%	+7,9%
dont disp. méd.	2 504	2 718	+8,7%	2 932	+7,8%	3 257	+11,1%	3 546	+8,9%	+41,6%
Total Soins de ville	48 829	50 268	+2,9%	52 593	+2,9%	55 142	+4,9%	56 514	+2,5%	+15,7%

*Sources : rapports de la CCSS**a4) Evolution des IJ maladie*

Les indemnités journalières maladie ont de nouveau accéléré en 2008, avec une progression de 6%. Après avoir été quasiment stables en 2007, les IJ de plus de 3 mois augmentent de plus de 5% en 2008. Déflatée de l'évolution du salaire moyen par tête (SMPT), la progression sur la période 2004/2008 des IJ maladie est ramenée de 8,8% à -2,3%.

Tableau 7 – Les indemnités journalières maladie (Régime général)*en millions d'euros*

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2008/2004
Total	5 236	5 335	+1,9%	5 231	-1,9%	5 385	+2,9%	5 697	+5,8%	+8,8%
dont IJ – 3mois	2 971	3 052	+2,7%	3 039	-0,5%	3 190	+5,0%	3 382	+6,0%	+13,8%
dont IJ + 3 mois	2 265	2 283	+0,8%	2 192	-4,1%	2 196	+0,2%	2 315	+5,4%	+2,2%
SMPT			+2,6%		+3,0%		+3,1%		+2,7%	+11,4%

Sources : rapport de la CCSS de juin 2009 pour les IJ maladie ; ACOSS pour le SMPT

Note : le SMPT a été préféré au salaire mensuel de base (SMB) comme déflateur car il présente l'avantage de prendre en compte l'emploi à temps partiel.

*b) Les prestations maladie hors ONDAM**b1) Evolution des dépenses liées à la maternité*

Les dépenses liées à la maternité ont progressé plus rapidement en 2008 (+5%) que les années précédentes pour atteindre 2,8Md€. Ceci est lié notamment à une augmentation de 2% des naissances en 2008 après une baisse en 2007. Les IJ paternité poursuivent leur montée en charge et progressent plus rapidement que les IJ maternité. Déflatée de l'évolution du SMPT, la progression sur la période 2004/2008 des IJ maternité est ramenée de 13,2% à +1,6%.

Tableau 8 – Les indemnités journalières maternité et paternité (Régime général)*en millions d'euros*

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2008/2004
Total	2 451	2 516	2,7%	2 609	3,7%	2 651	1,6%	2 790	5,3%	+13,8%
dont IJ maternité	2 272	2 329	2,5%	2 412	3,6%	2 447	1,4%	2 572	5,1%	+13,2%
dont IJ paternité	179	187	4,9%	197	5,2%	204	3,6%	218	6,7%	+21,8%
SMPT			+2,6%		+3,0%		+3,1%		+2,7%	+11,4%
Naissances (en milliers)	767,8	774,4	+0,9%	796,9	+2,9%	786,0	-1,4%	801,0	+1,9%	+4,3%

Source : rapport de la CCSS de juin 2009 (DSS –SDEPF/6A) pour les IJ maternité ; ACOSS pour le SMPT ; Insee pour la natalité.

b2) Les dépenses d'invalidité

Les pensions d'invalidité atteignent 4,4Md€ en 2008 Leur rythme de croissance décroît régulièrement.

Tableau 9 – Les pensions d'invalidité (régime général)*en millions d'euros*

	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2004
Montants	3 781	4 072	4 269	4 398	4 435	
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	3,0%	0,9%	+17,3%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%	1,3%	+7,1%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	1,2%	-0,4%	+10,2%

Source : rapport de la CCSS de juin 2009 (DSS –SDEPF/6A)

c) Les autres dépenses

- dépenses de gestion : 5,8Md€
- dépenses d'action sanitaire et sociale : 215M€
- dépenses de prévention : 419,5M€
- charges financières : 367,4M€

3) Les recettes des régimes de basea) Les grandes catégories de recettes

Les recettes de la CNAMTS ont évolué plus vite ces dernières années que la tendance moyenne de 4% correspondant à la croissance moyenne du PIB et de la masse salariale en valeur.

Néanmoins, en 2008, l'augmentation des recettes nettes est beaucoup plus modérée : +3,8%.

Tableau 10 – Evolution des recettes et du PIB

	2004	2005	2006	2007	2008	2008/2004
Recettes ² de la CNAM- maladie	4,6%	6,8%	5,8%	4,9%	3,8%	+23,0%
PIB (en valeur)	4,1%	4,0 %	4,7 %	4,9%	2,9%	+17,5%
PIB (en volume)	2,5 %	1,9 %	2,2 %	2,3%	0,4%	+7,0%

Sources : rapports et notes de conjoncture de la CCSS pour les recettes et INSEE-Comptes nationaux pour le PIB.

Compte tenu du poids des recettes de sécurité sociale assises sur la masse salariale, on peut estimer grossièrement l'impact de la conjoncture à travers cet indicateur. La croissance de la masse salariale privée s'est accélérée de 1 point en 2006 (4,3% contre 3,4% en 2005) et de 0,5 point en 2007 (+4,8%) puis a ralenti en 2008 (+3,6%).

² On reprend ici la notion de « produits nets » présentée par la CCSS qui s'appuie sur les résultats comptables mais neutralise les effets comptables des dotations (en charges) et reprises de provision (en produits). C'est le concept qui retrace le mieux la réalité de la situation des recettes, même s'il reste purement « comptable » et peut s'éloigner de la « réalité économique ».

Tableau 11 – Masse salariale du secteur privé

	Evolutions en moyenne annuelle			
	2005	2006	2007	2008
Masse salariale du secteur privé en comptabilité nationale	3,2%	4,3%	4,8%	3,4%
Masse salariale du secteur privé champ URSSAF	3,4%	4,3%	4,8%	3,6%

Source : rapports et note de conjoncture de la CCSS

Les recettes de CSG attribuée aux régimes maladie ont progressé de 4,7% en 2008 pour atteindre 59,4Md€ ; plus de 70% de la CSG est ainsi affectée à la branche maladie. La ventilation de la CSG assise sur les revenus du capital a été modifiée en 2008 : le taux de CSG affectée à la branche maladie a été réduit de 0,04 point à 5,95% au bénéfice de la branche famille (+0,02 point) et du FSV (+0,02 point).

b) Les recettes nouvelles

b1) Les recettes nouvelles et pérennes entre 2004 et 2008

Tableau 12 - Impact des mesures nouvelles et pérennes d'assurance maladie sur les recettes (ensemble des régimes de base)

en millions d'euros

Mesures	en 2005 par rapport à 2004		en 2006 par rapport à 2005		en 2007 par rapport à 2006		en 2008 par rapport à 2007	
	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées
Ménages								
CSG (activité salariée/allocation chômage)	1 000*	2 200+						
CSG (retraite/préretraite/invalidité)	560*							
CSG (patrimoine/placements)	650*							
CSG (jeux)	100*							
Suppression de l'avoir fiscal			-350++	-350++				
Intégration de l'abattement 20% dans le barème IR					300++	300++		
Prélèvement à la source sur les dividendes							702++	760++
Sociétés								
Contribution additionnelle à la C3S	780*	800+	14*	14*				
Abattement temps partiel			45*	<=45++				
Indemnités de rupture			20*	0*				
Contrôles URSSAF avec échantillonnage			100*	0++				
Compensation/Application RTT			7*	0*				
Contribution de 10% sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites							250	220++
Industrie								
Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques (de 0,525% à 0,6% en 2005, de 0,6% à 1,96% en 2006, de 1,96% à 1% en 2007)	110*	124+	300**	260*	-170+	-170		
Contribution sur les dépenses de promotion « dispositifs »	20*	20						
Contribution sur les dépenses de promotion « médicaments »	50*	50						
Clause de sauvegarde pharmaceutique			400**	400				
Sécurité sociale								
Actualisation du versement au titre de la sous-déclaration des AT / MP					80**	80		
Etat								
Droits de consommation sur les tabacs	1 000*	1 100+						
Réaffectation de droits tabacs au fonds CMU			-178**	-178*	-230**	-230		
Réaffectation de droits alcools au fonds CMU			-380++	-380++				
Hôpital								
Valorisation du patrimoine immobilier hospitalier					0++	0		
Améliorations internes								
Amélioration du recours contre tiers + réforme					150++	150++		
Contrôles			45**	45				
Recettes diverses								
			86**	86	40**	40		
Total avant FFIPSA	4 270	4 294	109	-58	170 à 450	170	952++	980++
Perte de la subvention d'équilibre du régime agricole	-800++	-800++						

Sources : (*) rapports HCAAM (2005, 2006) ;(**) annexes au PLFSS (2004, 2005, 2006 et 2007) ;(***) rapport CCSS (septembre et juin 2004, 2005, 2006) ; (+) Dossier Assemblée nationale du PLFSS (2005, 2006, 2007) ; (++) Direction de la sécurité sociale (DSS)

Le total de ces mesures nouvelles et pérennes destinées à l'assurance maladie est de 5,4Md€ pour la période 2004-2008 ; ceci correspond à 88% de la réduction du déficit des régimes de base de l'assurance maladie (6,1Md€).

b2) Les recettes récentes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré :

- deux contributions sur les options de souscription ou d'achat d'actions (« stock-options ») et sur les actions attribuées gratuitement, l'une à la charge des employeurs au taux de 10%, l'autre à celle des bénéficiaires (salariés ou mandataires sociaux) au taux de 2,5%. Le produit de ces deux contributions applicables aux stock-options ou actions gratuites attribuées à

compter du 16 octobre 2007 est affecté aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires. Le rendement est estimé à 250M€ pour la CNAMTS.

- un aménagement des contributions pharmaceutiques :

*modification des règles d'assiette et des modalités de recouvrement applicables à la contribution assise sur les dépenses de promotion des médicaments et à celle assise sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux. Les dispositions relatives aux modalités de recouvrement sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2008. Celles relatives aux règles d'assiette ont été précisées par le décret n° 2008-746 du 28 juillet 2008.

* maintien, à titre exceptionnel, à 1% du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires exploitants.

* suppression de l'abattement sur la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires instaurée en 2007 (puisqu'elle s'y substitue une mesure plus favorable au travers de la réforme du Crédit Impôt Recherche).

Pour le calcul des contributions dues en 2008 au titre de la clause de sauvegarde, le taux K est fixé à 1,4%. Il est applicable à compter du 1^{er} janvier 2008 sur le chiffre d'affaires réalisé en 2008.

4) Le traitement de la dette sociale

Conformément à la loi organique du 2 août 2005, des ressources supplémentaires doivent être affectées à la CADES en vue de la toute nouvelle reprise de dette afin de ne pas rallonger sa durée d'amortissement. Les simulations réalisées par la CADES indiquaient en septembre 2008 qu'il serait nécessaire de transférer à la CADES l'équivalent de 0,007 point de CRDS en 2009 pour chaque milliard d'euros de dette reprise afin de ne pas accroître la durée d'amortissement espérée de la dette sociale, actuellement de 12 ans.

Le PLFSS pour 2009 prévoit que le montant maximal de la reprise de dette sera de 27Md€ : il est par conséquent nécessaire de transférer l'équivalent de 0,189 point de CRDS, soit, selon les prévisions figurant dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, 2,29Md€ en 2009.

Le PLFSS prévoit ainsi de transférer 0,2 point de CSG en provenance du FSV. Cette ressource est bien équivalente à 0,189 point de CRDS, à la fois en termes de niveau (selon les prévisions de la Commission des comptes, le rendement attendu pour 2009 de ces 0,2 pt de CSG est de 2,29Md€), et en termes de dynamique pluriannuelle compte tenu de la similarité de l'assiette des deux contributions.

5) Les créances du régime général sur l'Etat

La dette de l'Etat vis à vis de la CNAM s'établissait fin 2008 (après les versements de loi de finances rectificative) à 1,1Md€. Elle a un effet direct sur la trésorerie du régime ; son impact sur les comptes n'apparaît qu'au travers des frais d'intérêt supplémentaires qu'elle entraîne.

6) La prévision de la loi de finances pluriannuelle

Bien entendu, la crise économique aura un impact fort sur les prévisions ici décrites. Mais on a cependant jugé utile de les rappeler car elles illustrent bien la « ligne budgétaire » retenue par les pouvoirs publics.

La loi de programmation des finances publiques du 9 février 2009 retient pour les exercices 2009 à 2012 une progression de l'ONDAM de 3,3 % en valeur.

Cet objectif combinerait une évolution de l'ONDAM soins de ville identique à celle de l'ONDAM total, la poursuite de l'effort de l'assurance maladie en faveur des prestations médico-sociales et une progression de l'ONDAM hospitalier légèrement inférieure à celle de l'ONDAM total.

Dans ces conditions, on aurait une diminution relative du poids des dépenses hospitalières d'environ 0,6 point. Sous l'hypothèse d'un taux inchangé de prise en charge de ces dépenses par les régimes de base de l'assurance maladie, le taux de progression des dépenses hospitalières cohérent avec les objectifs de l'ONDAM se situerait à 2,8% par an en valeur pour les exercices 2010 à 2012.

CHAPITRE II - LA PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS : REGIMES DE BASE, INSTITUTIONS DE PROTECTION COMPLEMENTAIRE, MENAGES

Le taux de prise en charge par les administrations publiques³ a connu sur la période un recul de l'ordre d'un point et demi soit 2,6Md€ Il passe de 78,5% à 76,9% entre 2004 et 2008⁴.

Pour les régimes de base⁵, le décrochage est de 1,6 point : 75,5% contre 77,1% (Tableau 4). Comment rendre compte de cette évolution et de ses incidences sur le partage de la dépense entre les financeurs ?

- on a travaillé sur la période dans un cadre conceptuel stable (I).
- comment s'explique le léger effritement du taux de prise en charge (II)?
- quelles appréciations au regard de l'accès aux soins (III) ?

SECTION I - UN CADRE CONCEPTUEL ASSEZ STABLE

I - Il n'y a pas de changement de paradigme

1) Les pouvoirs publics revendiquent la stabilité de l'engagement des régimes de base.

C'est de fait à une relative stabilité qu'on est parvenu ces dernières années et ce cap devrait être maintenu dans les prochaines années.

C'est ainsi que l'objectif n°1 du programme de qualité et d'efficience de la branche maladie prévoit à l'horizon 2012 (indicateur 1-2) « la stabilisation » du taux de couverture de la CSBM par les régimes de base.

Le HCAAM avait évoqué une ligne voisine quoiqu'un peu plus rigoureuse dans son rapport 2007 (rappelée à nouveau dans son rapport 2008).

**Les conclusions du rapport 2007 du HCAAM
sur la soutenabilité du système d'assurance maladie**

Stabiliser ou abaisser le taux global de prise en charge

1) On a indiqué supra que les dépenses de santé progresseront très probablement plus vite que le PIB et que, par ailleurs, le taux de prise en charge a tendance à augmenter.

Si l'hypothèse – solide – d'une augmentation raisonnable de la recette peut être retenue, elle n'exclut pas de réfléchir à des réformes dans la prise en charge qui soulagent les comptes publics. C'était la ligne retenue par le HCAAM dans son rapport de 2004 qui envisageait des ajustements dans le taux de remboursement pour autant qu'on respecte les « fondamentaux » solidaires du système de prise en charge.

Il faudrait, dans l'hypothèse la moins exigeante, stabiliser le taux global de prise en charge pour neutraliser l'augmentation mécanique liée notamment au vieillissement et à la croissance des ALD. On pourrait, dans une hypothèse plus exigeante, le diminuer de façon modérée.

³ Les administrations publiques comprennent : régimes de base, Etat, fonds CMU collectivités locales.

⁴ Ce taux avait légèrement augmenté entre 1995 (78,2%) et 2004 (78,5%).

⁵ Part des régimes de base dans le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux.

2) Le partage entre régimes de base et organismes complémentaires (OC) reste marqué par l'importance du co-paiement

- la spécialisation par secteurs a été repoussée (on se souvient qu'on avait évoqué le désengagement des régimes de base sur tout ou partie des soins dentaires pour les adultes et sur les dépenses de lunettes compte tenu de la place mineure, voire marginale qu'ils assument dans la prise en charge des soins de l'espèce)
- le HCAAM avait évoqué – de façon plutôt réservée - un déport des IJ maladie de courte durée sur les entreprises (situation qu'on trouve dans de nombreux pays européens où la sécurité sociale n'intervient qu'au bout de quelques semaines/mois après le début de l'arrêt maladie). Cette hypothèse n'a pas fait – à la connaissance du secrétariat du HCAAM – l'objet d'études complémentaires.
- le débat sur des modifications structurelles du système de prise en charge n'a pas été poursuivi (c'est le cas pour le bouclier sanitaire) ou amorcé (ce pourrait être le cas de l'institution d'un système de franchise à la base, modulée le cas échéant avec le revenu).

II - Mais le système connaît des inflexions significatives

1) La création d'un dispositif de complément de la CMUC

La montée du reste à charge (3Md€) et l'augmentation des cotisations d'OC liée à la progression en valeur des prestations portées par les contrats de complémentaire ont suscité :

- les paramètres de l'aide complémentaire santé ont été améliorés de façon à diminuer le taux d'effort des ménages du champ
 - * le plafond d'exclusion a été porté de CMUC+15 à CMUC+20%
 - * le montant de l'aide – qui varie très logiquement avec l'âge - a été substantiellement augmenté en 2007. Une nouvelle hausse est inscrite dans l'article 58 de la loi HPST pour les bénéficiaires âgés de plus de 49 ans : une nouvelle tranche d'âge est créée pour les personnes âgées de 50 à 59 ans (350€ au lieu de 200€) et augmentation de la tranche des 60 ans et plus (500€ au lieu de 400€).
 - * selon l'enquête du Fonds CMU⁶, en 2008 le prix moyen du contrat s'établit à 734 € par contrat, le montant moyen de déduction s'élève à 357 € ; cela conduit à un taux de RAC (il s'agit des 377€ de reste à charge sur le prix du contrat) de 51,4 % et un taux d'effort de 4%.

Tableau 13 - Evolution des montants de l'ACS (en €)

	Montant initial	1 ^{ère} révision	2 ^{ème} révision
< 25 ans	75	100	100
25-49 ans	150	200	200
50-59 ans	150	200	350
> = 60 ans	250	400	500

- selon le Fonds CMU, 46 % des bénéficiaires de l'ACS au 30 novembre 2008 avaient un contrat complémentaire un an plus tôt (42 % en 2007), ce qui signifie qu'à l'inverse, 54 % n'en avaient pas. Même s'il faut relativiser ce taux de 54 %, notamment parce que certaines

⁶ « Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2008 », juin 2009

personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire, le dispositif de l'ACS contribue à un meilleur accès à la couverture complémentaire santé

- la montée en charge de l'ACS est difficile. La cible évaluée (population éligible) était chiffrée à 2M de personnes au début de période ; puis à plus de 2,6M de personnes lors de l'augmentation du plafond (mais il est vraisemblable que ces effectifs aient été surestimés). Or le taux de pénétration (allocataires effectifs/population éligible) reste faible, même s'il augmente légèrement⁷ :

* d'une part, le nombre des personnes qui ont obtenu une attestation de leur droit à l'ACS augmente : en décembre 2007 on comptait 510 000 bénéficiaires d'attestation ; on en compte 600 000 en décembre 2008 ;

* par ailleurs le pourcentage de ces personnes qui souscrivent effectivement un contrat de complémentaire s'accroît (passant de 65 à près de 75%).

L'écart entre l'effectif cible et l'effectif réel est lié à :

- un déficit d'information notamment de la part des institutions qui connaissent des allocataires potentiels et peuvent mener des campagnes d'information ciblées par extraction de leurs fichiers. Un effort a été déployé à partir de 2007 (notamment par la CNAF, à la suite d'une expérience très bien menée à Grenoble).

- la renonciation à leur droit de certains allocataires, notamment parce qu'ils estiment que le taux d'effort qu'ils doivent supporter pour payer la cotisation est excessif. Ces taux – qui avaient baissé d'un point lors de la 1^{ère} révision, devraient baisser en 2010 pour les personnes à partir de 49 ans.

On peut donc espérer que le taux de pénétration progresse substantiellement.

2) Encadrement de l'intervention des complémentaires

On encadre l'intervention des complémentaires par :

- le contrat responsable.

On subordonne le maintien du statut fiscal et social dérogatoire dont bénéficient les contrats de couverture complémentaire à l'acceptation par les organismes complémentaires (OC) de disciplines. Il peut s'agir :

* de les dissuader de prendre en charge des éléments du RAC. C'est le cas pour les consultations et visites hors parcours, à la fois sur le ticket modérateur proprement dit et sur les « dépassements autorisés » ;

* de leur imposer un taux de prise en charge (pour compléter la prise en charge des régimes de base pour la porter au moins à 95% du tarif opposable pour les C/V » dans le parcours ou les médicaments à vignette blanche).

Comme on le verra infra, l'une des options envisageables pour assurer le succès du secteur optionnel serait de recourir au dispositif du contrat responsable pour obtenir des OC la prise en charge des dépassements dits « maîtrisés ».

- l'alourdissement de la taxation des OC pour le financement de la CMUC.

La contribution des OC au financement de la CMUC existe dès l'origine (le taux de la taxe sur les contrats était de 1,75%). Il a été ultérieurement porté à 2,25%.

Le gouvernement a annoncé son augmentation lors des discussions menées avec la FNMF pour la préparation de la LFSS 2009. Le taux est fixé 5,9% en hausse de 3,4 points, ce qui permet de couvrir la totalité de la dépense de CMUC. Désormais c'est la communauté des cotisants des OC (environ 85% des ménages) qui assume la charge de la couverture

⁷ Cf. rapport supra du Fonds CMU.

complémentaire des assurés les plus modestes. La recette nouvelle ainsi affectée aux régimes de base – près de 1 Md€ - représente 3,3% des cotisations.

Arguant que les OC avaient substantiellement amélioré leur situation financière dans les années 2004/2007, le Gouvernement a souhaité que les OC évitent de répercuter cette charge dans les tarifs de cotisations. La FNMF avait indiqué (protocole du 28/7/2008) que « *les mutuelles feront leurs meilleurs efforts dans le contexte européen actuel, pour ne pas répercuter cette contribution dans les cotisations de leurs adhérents, dès lors qu'elles sont associées plus étroitement à la gestion du risque santé et que les règles du système de soins évoluent* ».

3) Une association plus nette des organismes complémentaires à la gestion des prestations

Dès lors que les institutions de couverture complémentaire restent en système de co-paiement et sont de plus en plus impliquées dans la prise en charge des soins, on a opté pour :

a) Ces institutions sont davantage impliquées dans la gouvernance, avec la participation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 rend obligatoire l'invitation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles, et la signature par l'UNOCAM des conventions avec les professionnels de santé dans les domaines où le financement de l'AMO est minoritaire⁸. Ce type d'accord devra recueillir au moins 60% des voix au sein de l'UNOCAM ce qui oblige à la signature de la Mutualité et d'au moins une autre « famille » (FFSA et/ou CTIP).

Ainsi, pour ces domaines définis par arrêté (l'optique, les soins dentaires et l'audioprothèse), la signature de l'UNOCAM est considérée comme nécessaire : pendant un délai de six mois, sans son approbation, les ministres ne peuvent agréer l'accord.

Le principe de l'association des OC à la négociation a été rappelé en 2008⁹ : « *Les négociations entre l'AMO et les professionnels de santé ou les offreurs de soins associeront dorénavant la Mutualité et les organismes complémentaires santé, en tant que co-payeurs, en priorité dans les secteurs, comme les frais d'optique ou les soins dentaires, où ces derniers assurent un niveau important de prise en charge et entendent développer leurs outils de régulation* ».

L'engagement de l'UNOCAM pourrait se concrétiser en 2009 puisqu'elle est saisie d'une proposition de participation prochaine à la négociation avec les opticiens¹⁰ et invitée aux premières rencontres avec les médecins dès juillet 2009.

b) Elles ont obtenu le principe de l'accès aux données collectées par les régimes de base pour autant que cet accès ne permette pas de sélection du risque

La FNMF et de la FFSA font le point sur les « *expériences Babusiaux* » dans deux notes annexées (annexe 1 et 2).

Le Président de la République a réaffirmé cette double option en même temps qu'il a annoncé la présence du mouvement mutualiste dans les ARS¹¹.

⁸ La LFSS pour 2009 a ainsi modifié les dispositions du Code de la Sécurité sociale qui prévoyaient depuis 2004 la possible participation de l'UNOCAM aux négociations.

⁹ Protocole du 28 juillet 2008 entre le ministère de la santé, solidarité et de la vie associative, le ministère du budget, des comptes publics et de la Fonction publique et la Mutualité française.

¹⁰ Ceux-ci avaient refusé la présence de l'UNOCAM en 2008.

SECTION II - EXPLICATION DE L'EFFRITEMENT DU TAUX DE PRISE EN CHARGE

C'est le solde entre deux mouvements opposés :

- un durcissement des règles de remboursement ;
- une déformation dans la structure des soins qui « tire » spontanément le taux de prise en charge vers le haut.

I - Le durcissement des règles de remboursement

1) L'accroissement de la participation financière des assurés

Dans le champ de la dépense remboursable, diverses mesures ont été prises depuis 2004 pour accroître la participation financière des assurés.

On les évalue à environ 3Md€.

Elles appellent quatre premières remarques :

- leur poids en euros courants est du même ordre de grandeur que celles retenues dans les plans précédents de redressement des comptes¹² ; il est plus faible ou voisin en proportion de la dépense prise en charge ;
- les mesures ont porté surtout sur les soins de ville (autour de 80%) ;
- le nombre de ménages concernés est élevé et l'effort qui leur est demandé s'échelonne sur de nombreux épisodes de soins ;
- leur mise en œuvre a contribué à compliquer considérablement le système de remboursement, au risque de le rendre illisible pour les assurés ; ce risque est d'autant plus grand que sur la même période on a mis en place le parcours de soins et la différenciation des bases de remboursement.

La succession de ces mesures a nourri l'opinion qu'on était devant un mouvement puissant de désengagement de la sécurité sociale, laissant s'établir un sentiment de mécontentement réel.

Le Haut Conseil considère qu'il serait opportun de mieux appréhender cette évolution en donnant aux assurés des éléments de contexte, notamment sur l'effort de solidarité porté plus particulièrement sur les personnes atteintes d'une affection de longue durée. Ils auraient une appréciation plus objective des évolutions du système si son fonctionnement était rendu plus compréhensible. Si le respect du parcours de soins notamment était corrélé à une prise en charge financière, chaque assuré social pourrait bénéficier de la visibilité tarifaire dont il semble manquer. Les assurés auraient également une meilleure appréciation des responsabilités de chacun s'ils étaient davantage éclairés sur les choix effectués dans les biens et services remboursés¹³.

Les mesures appellent deux remarques supplémentaires :

- les augmentations du reste à charge sont dans l'ensemble proportionnelles à la consommation ; et compte tenu de la dispersion des consommations, on les a opportunément « capées » par des plafonds ;
- on a prévu de nombreuses exonérations. Remarquons que ces exonérations sont peu fondées sur des considérations de revenu (c'est néanmoins le cas pour l'exonération prévue pour les

¹¹ Discours du Président de la République lors du Congrès de la Mutualité française, juin 2009.

¹² Cf. rapport HCAAM de juillet 2008 page 31 : « plan Seguin de 1986 : 3M€ de valeur actuelle ; plan Veil de 1993 : près de 2Md€ ».

¹³ En rappelant notamment que si les pouvoirs publics sortent du remboursement certains médicaments, ils en font entrer régulièrement de nouveaux, dont le remboursement est jugé davantage prioritaire.

allocataires de la CMUC¹⁴, pour certains items seulement). Elles renvoient à des considérations autres, souvent très générales comme c'est le cas pour les enfants.

Tableau 14 - Les assurés qui paient / ne paient pas

Dispositifs :	1 euro et franchise	18 euros	Forfait journalier à l'hôpital	Ticket modérateur à hôpital	Parcours de soins
Les bénéficiaires de la CMUC	exo	exo			
Les femmes enceintes à compter du 6 ^{ème} mois de grossesse	exo	exo	exo	exo	
Patients en ALD		exo		exo	
AT et MP		exo	exo	exo	
Pension d'invalidité		exo			
L115 du code des pensions militaires			exo		
Les mineurs de 0 à 1 mois hospitalisés	exo	exo	exo	exo	exo
Les mineurs de 0 à 16 ans	exo				exo
Les mineurs de plus de 16 ans	exo				
Mineurs allocataires éducation spéciale			exo		
Les assurés de droit commun					
- dont ceux ayant une hospitalisation > 30jours		exo		exo	
- dont ceux exonérés au titre du K50				exo	

2) Les mesures adoptées

a) L'augmentation du ticket modérateur

Les motivations de ces mesures sont diverses

- pour les actes hors parcours, l'augmentation du TM doit rester à la charge de l'assuré, c'est ce qui explique que les OC sont « dissuadés » de le prendre en charge (cette dissuasion porte aussi sur les dépassements). La règle adoptée en 2004 est durcie en 2009 avec le passage du taux de TM de 50% à 70%. Il en résulte – lorsque le médecin applique un dépassement – que le taux cumulé de prise en charge base+OC n'est plus que de 55%. L'économie réalisée par les régimes de base avait été évaluée pour l'année 2006 à 135M€, lors du passage du taux de remboursement de 70 à 60%.

- pour les autres augmentations, la motivation est plus « traditionnelle », d'ordre purement financier.

* dans les établissements de santé (le HCAAM a chiffré l'augmentation du TM à plus de 120M€) ; dans ce cas les OC ont pris le relais.

* pour certains médicaments avec le déclassement (avec l'adoption temporaire d'un taux de remboursement de 15% pour les médicaments à vignette taux orange). Les OC ont adopté des conduites différentes : certains ont pris le relais, d'autres non.

L'économie réalisée par les régimes de base est évaluée à 90M€ pour l'année 2008 au titre des déremboursements des SMRi et à 570M€ depuis 2006 (estimation CCSS de juin 2009).

b) L'augmentation du forfait journalier

En trois phases on a augmenté le forfait de trois euros (pour une économie de 300M€). Les OC ont pris le relais.

¹⁴ Mais pas de l'ACS.

c) Les participations forfaitaires

Elles ont été créées en trois étapes. Leur logique est commune (large champ personnel malgré de substantielles exonérations ; quotité modérée ; institution d'un plafond pour protéger les gros consommateurs des biens et prestations en cause). Mais leur juxtaposition obscurcit la compréhension du système de prise en charge. Il ne semble pas qu'on ait étudié leur regroupement dans une franchise unique.

- l'euro a été créé en 2005. Il porte sur les consultations et visites des médecins et sur les actes de biologie. Le régime des exonérations est décrit dans le tableau 14. Le cumul des sommes de l'espèce est plafonné à 50€/an et par personne protégée¹⁵. L'économie des régimes de base est évaluée à 600M€. La charge moyenne est de l'ordre de 20€.

- la participation forfaitaire de 18€ sur les actes techniques en établissement de santé dont la valeur dépasse 91€. Le rendement est de plus de 100M€.

- les « franchises ». Elles ont été créées en 2008 et portent sur les boîtes de médicaments (0,5€ par boîte), les actes infirmiers (0,5€) et les transports sanitaires (2€). Les exonérations sont les mêmes que pour la contribution d'un euro précitée. Le cumul des sommes acquittées par les assurés est plafonné à 50€. Le rendement est évalué à 890M€¹⁶ pour une charge moyenne de 27€.

II - La croissance des dépenses hors du champ de la dépense remboursable

1) On a procédé sur la période à des déclassements de médicaments

- le remboursement des médicaments à SMR insuffisant a été supprimé, conduisant à des économies de 250M€ pour les régimes de base.

- des médicaments autrefois pris en charge à 35% ont été déclassés à titre transitoire avec un taux de remboursement de 15% puis supprimés du champ de la dépense remboursable. L'économie pour les régimes de base est de plus de 400M€.

2) Les dépassements d'honoraires

Ils sont en nette progression sur la période.

- le volume des dépassements « autorisés » en cas de consultation hors parcours est resté modéré ; on ne constate pas de poussée caractérisée des DE. Les dépassements de l'espèce sont de l'ordre de 300M€.

- ce sont les dépassements des médecins de secteur 2 qui ont beaucoup augmenté, essentiellement par progression du taux de dépassement (voir Section III Sous Section II).

3) La croissance des dépenses non présentées au remboursement

Il n'est pas exclu que les dépenses de l'espèce aient augmenté sur la période.

On les avait chiffrées pour 2006 à plus de 7Md€ portant notamment sur les médicaments non remboursables, l'automédication, une part non négligeable des dispositifs médicaux et de prévention.

¹⁵ Il y avait à l'origine, à côté du plafond annuel, un plafond journalier. Il a été supprimé.

¹⁶ Chiffrage CCSS juin 2009, tous régimes.

III - La déformation de la structure des soins

Les différents segments de la dépense de soins ont des taux de prise en charge différents. On comprend alors que l'évolution différenciée de ces segments influence le taux global d'engagement des régimes de base.

L'évolution différenciée des différents ONDAM :

- l'ONDAM hospitalier a légèrement décroché sur la période, ce qui exerce un effet de décroissance du taux global de prise en charge de la CBSM
- l'ONDAM médico-social a crû de façon sensible, exerçant une influence à la hausse du taux global de prise en charge
- l'ONDAM soins de ville, caractérisé par un taux de prise en charge plus bas, a légèrement augmenté

Une hausse tendancielle du taux de prise en charge dans l'ONDAM soins de ville

- la croissance des dépenses sans ticket modérateur, liée notamment à la poussée des dépenses des assurés en ALD

Tableau 15 - Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de ville hors prestations en espèces (régime général)

	2004	2005	2006	2007	2008	TCAM 2004/08
Total des remboursements de soins de ville	43 571 720	43 786 746	45 309 756	47 591 854	48 647 234	+2,8%
avec Ticket Modérateur	18 730 299	19 214 228	19 491 190	20 190 408	20 537 142	+2,3%
sans Ticket Modérateur	24 841 421	24 572 518	25 818 566	27 401 446	28 110 092	+3,1%
Part avec Ticket Modérateur dans l'ensemble des remboursements	57,0%	56,1%	57,0%	57,6%	57,8%	

Sources : CNAMTS, statistique mensuelle décembre 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008 ; risques maladie, maternité et AT.

Tableau 16 - La contribution des ALD à la croissance des dépenses de soins de ville

	Evolution de la dépense remboursable			Contribution à la croissance	
	ALD	NON ALD	TOTAL	ALD	NON ALD
2003/2002	10,4%	4,3%	6,2%	3,3%	2,9%
2004/2003	11,8%	1,5%	4,9%	3,9%	1,0%
2005/2004*	7,4%	1,9%	3,9%	2,6%	1,2%
2005/2004**	8,9%	1,1%	3,9%	3,1%	0,7%

Sources : CCSS de septembre 2006

*données brutes ** données redressées

- la déformation de la structure des médicaments avec un glissement vers les taux élevés de remboursement.

Les produits remboursables par nature à 100% représentent en unités une toute petite partie du marché des médicaments (0,4%) mais leur part dans le marché pharmaceutique de ville ne cesse de progresser et atteint plus de 9% aujourd'hui.

Le taux de 15% (vignette orange) n'existait pas jusqu'en mars 2006 mais nous l'avons introduit dans la série pour permettre une comparaison à champ constant (tableau 17).

Tableau 17 - Répartition du marché des médicaments selon le taux de remboursement

Unités	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Non remb.	17,8%	16,8%	15,8%	14,1%	13,2%	12,1%	11,3%	10,7%	9,9%	13,5%	12,5%
15%	3,1%	3,1%	3,1%	3,0%	3,1%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%	2,3%	2,7%
35%	30,1%	30,3%	30,7%	31,0%	30,6%	30,7%	30,6%	29,8%	29,4%	23,3%	22,8%
65%	48,7%	49,4%	50,2%	51,6%	52,8%	54,0%	54,8%	56,2%	57,6%	60,5%	61,6%
100%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
CA.PFHT	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Non remb.	11,6%	10,9%	10,3%	9,0%	8,3%	8,0%	7,8%	7,4%	6,8%	8,0%	7,9%
15%	3,5%	3,3%	3,1%	2,7%	2,5%	2,3%	2,1%	1,9%	1,8%	1,2%	1,2%
35%	22,2%	21,3%	20,7%	19,8%	18,4%	17,7%	16,6%	15,6%	14,9%	12,5%	11,9%
65%	60,9%	61,7%	63,1%	65,3%	67,4%	68,4%	69,3%	69,6%	69,9%	70,6%	70,0%
100%	1,8%	2,7%	2,9%	3,2%	3,3%	3,6%	4,2%	5,5%	6,6%	7,8%	9,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : GERS ; 2008

SECTION III - QUELLE APPRECIATION AU REGARD DE L'ACCES AUX SOINS ?

Le glissement du taux de prise en charge ne se traduit que par une très légère augmentation du taux de RAC. Mais la croissance du RAC¹⁷ et surtout la structure du RAC peuvent poser des problèmes d'accessibilité aux soins. Compte tenu de la dispersion des consommations et de l'absence de prise en compte du revenu par les régimes de base, certains ménages supportent des taux d'effort (direct ou via le coût d'acquisition d'une couverture complémentaire) excessifs.

Sous Section I - Des problèmes d'accessibilité liés au reste à charge (RAC)

1) Le RAC (en ville) augmente avec la consommation de soins

La Mutualité française a conduit une étude sur la dépense remboursée par le régime obligatoire et le RAC par tête¹⁸. La répartition des départements présentée en annexe 3 montre :

- concernant le seul ticket modérateur, une liaison nettement positive en médecine de ville : le ticket modérateur s'accroît lorsque le montant remboursé par le régime obligatoire augmente (75% des départements se situent sur la diagonale du tableau annexé¹⁹).

- concernant l'ensemble du RAC sur les soins de ville (ticket modérateur et dépassements sur les honoraires médicaux et les prescriptions, dont optique et dentaire), une liaison moins nette mais on voit que les dépenses remboursées par le régime obligatoire les plus élevées ne sont pas associées aux RAC les plus faibles, hormis pour trois départements (Moselle, Corse du Sud, Haute-Corse).

¹⁷ En % par an en euros constants sur la période.

¹⁸ Ces travaux ont été conduits à partir des données du SNIIRAM (datamart ONDAM).

¹⁹ Cette corrélation positive est confirmée statistiquement (R^2 égal à 0,63).

2) Les actions entreprises pour cantonner les risques liés à la croissance du RAC

- la CMUC et l'ACS permettent de prendre en charge à 100% une part importante du RAC (y compris pour les bénéficiaires de la CMUC auxquels les médecins ne peuvent appliquer de dépassements)
- les plafonds institués sur l'euro et les franchises protègent les gros consommateurs

3) Mais on n'a pas fait de progrès sur les pointes de RAC dans les établissements de santé

Le HCAAM a régulièrement exposé les défauts du système de prise en charge des dépenses hospitalières²⁰ :

- application d'un ticket modérateur de 20% pour les séjours inférieurs à 30 jours lorsqu'il n'y a pas d'acte exonérant durant ce séjour. Il peut s'agir de sommes importantes. Il est vrai qu'elles sont la plupart du temps couvertes par les contrats de couverture complémentaire ; mais la situation peut être très difficile pour les ménages sans contrat complémentaire.
- limitation de la prise en charge du forfait journalier par les OC.

Il conviendrait d'étudier une réforme globale de la participation des assurés aux soins hospitaliers. La formule pratiquée en Allemagne (pas de ticket modérateur ; forfait journalier avec un plafonnement du nombre de forfaits) peut être une référence intéressante.

Sous Section II - La portée du principe constitutionnel de protection de la santé

Le Conseil constitutionnel et le Conseil d'état ont pris position sur la portée du principe constitutionnel de protection de la santé à l'occasion de contentieux sur le durcissement de certaines règles de prise en charge.

Le Conseil constitutionnel a reconnu de longue date comme ayant valeur constitutionnelle le principe dit « de protection de la santé », qui trouve sa source dans le 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

La jurisprudence constitutionnelle et administrative est en train de faire émerger, à partir de ce principe, ce qu'on peut appeler un droit à une couverture suffisante des dépenses de soins (c'est-à-dire au-delà du droit à l'accès à un système de santé, le droit à une prise en charge collective des dépenses, à un niveau suffisant pour garantir à chacun l'accès effectif à des soins de qualité)²¹.

1) L'évolution de la jurisprudence s'est faite en plusieurs étapes

a) La première étape est la décision du Conseil constitutionnel (n°2004-504 DC) du 12 août 2004, rendue à propos de ce qui allait devenir la loi du 13 août 2004.

Par cette décision, le Conseil constitutionnel a estimé que le principe de protection de la santé exige qu'on s'assure de l'accessibilité financière des soins. Autrement dit, une situation de reste à charge trop élevé peut constituer une violation de la Constitution.

²⁰ Dernièrement dans l'avis du 23 avril 2009 sur la situation des établissements de santé, page 6.

²¹ Droit essentiellement nourri, jusque là, par les dispositions de la loi du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle, mais que suggère aussi le tout premier article, L.1110-1, du code de la santé publique, et dont on peut dire qu'il irrigue l'ensemble du code de la sécurité sociale...

Pour autant, le Conseil constitutionnel n'a pas indiqué à partir de quel niveau de reste à charge il pourrait y avoir méconnaissance du principe constitutionnel.

Car la loi d'août 2004 se contentait de poser la règle générale, d'une part pour le système de pénalité « hors parcours de soins » (baisse du taux de remboursement et possibilité de dépassement), et d'autre part pour l'introduction des « participations forfaitaires ». Elle fixait le principe des pénalités ou des participations, mais pas leur niveau, renvoyant pour cela, soit à la convention médicale, soit à un futur décret.

Le Conseil constitutionnel a considéré que la loi était conforme à la Constitution à la condition expresse (c'est-à-dire, en termes juridiques, sous l'impérative « réserve d'interprétation ») :

- s'agissant des « participations » demandées aux assurés, soit à titre forfaitaire, soit en raison de soins « hors parcours », que le décret « les fixe à un niveau tel » que les exigences du 11^{ème} alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ne soient pas méconnues.

- et s'agissant de l'autorisation de dépassement en cas de soins hors parcours, que soit respecté (dans la convention qui en fixerait le cadre) le principe de « plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » figurant à l'article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale.

C'était donc aux textes d'applications (décret et convention), et au juge de ces textes d'application à savoir le Conseil d'Etat, qu'il incombait de préciser l'étendue de ce qui était possible, et la manière de l'apprécier.

Avant de décrire cette deuxième étape, on peut noter qu'une deuxième décision (n°2007-558 DC) du 13 décembre 2007 a conduit le Conseil constitutionnel à reprendre et confirmer sa jurisprudence de 2004 (à propos de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et l'introduction de ce qu'on a appelé les « franchises »).

Ce sont ainsi une série de décisions plus récentes, rendues par le Conseil d'Etat à propos de différents textes d'application, qui ont commencé à préciser la manière dont devaient être appliquées ces « réserves d'interprétation » du juge constitutionnel.

b) Le Conseil d'Etat a ainsi été saisi, tout d'abord, de la convention médicale du 12 janvier 2005

b1) Par une décision « Syndicat des médecins d'Aix et autres » du 30 novembre 2005, le Conseil d'Etat a estimé²² que le plafond de dépassement de 17,5%, autorisé par la convention

²² « Considérant, en quatrième lieu, qu'appelé à se prononcer sur la conformité à la Constitution des dispositions du 18° ajouté à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Conseil constitutionnel a jugé, par sa décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004, que ces dispositions ne méconnaissaient pas les dispositions du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 garantissant à tous la protection de la santé, **sous réserve que l'éventuel dépassement d'honoraires qu'elles prévoient soit conforme aux dispositions de l'article L. 162-2-1 du même code qui imposent aux médecins de respecter, dans leurs actes et prescriptions, « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins »** ; qu'en limitant ces dépassements à 17,5 p. cent des tarifs opposables et en prévoyant que les honoraires avec dépassement, qui ne peuvent en vertu des dispositions du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale être pratiqués dans le cadre d'un protocole de soins, ne pourraient représenter plus de 30 p. 100 du total des honoraires perçus, alors au surplus qu'un tel dépassement résulte du choix du patient de se situer hors du dispositif du médecin traitant, les signataires de la convention ont apporté aux possibilités de dépassement tarifaire des limites qui assurent le respect des dispositions de l'article L. 162-2-1 précité ; ».

de 2005 dans le cas de consultations hors parcours, ne violait pas le principe de « stricte économie » de l'article L.162-2-1.

Sachant qu'en vertu de la décision du Conseil constitutionnel, le respect de l'article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale est réputé entraîner du même coup, sur ce point précis, le respect du principe constitutionnel de protection de la santé.

On peut noter que l'article L.162-2-1 trouve, de ce fait, à s'appliquer à des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à des dépenses qui ne pèsent pas sur l'assurance-maladie. Alors que son application portait plutôt jusqu'ici sur des questions de pratique médicale : utilité des actes, volume de prescription, etc. En dehors du champ remboursable, c'est normalement la notion déontologique de « tact et mesure » qui doit réguler les niveaux d'honoraires.

Mais le choix fait par le Conseil constitutionnel – et à sa suite, par le Conseil d'Etat – de se référer à la notion de « stricte économie » posée par le code de la sécurité sociale peut se comprendre par le fait que le « tact et mesure » (ancien article 70, puis 53, du code de déontologie médicale, devenu article R.4127-53 du code de la santé publique) relève essentiellement d'une approche au cas-par-cas, et fait intervenir tous les éléments de contexte de l'acte médical. Pour apprécier la validité d'une règle générale de droit à dépassement, fixée par voie conventionnelle, le juge constitutionnel a préféré retenir – en lui donnant une ampleur que tous ne lui donnaient pas jusque là – la règle de l'article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale, dont le libellé (« stricte économie ») paraît plus exigeant²³.

b2) Enfin, et dans un ordre d'idée voisin, on peut noter que la même décision « Syndicat des médecins d'Aix » du 30 novembre 2005 apporte une double et importante précision quant à la liberté tarifaire ouverte aux praticiens exerçant en « secteur 2 ».

Le Conseil d'Etat admet d'abord que la dualité de secteur d'exercice ne constitue pas une violation du principe constitutionnel d'égalité de traitement. Elle crée effectivement une rupture d'égalité, mais qui peut se justifier, dit le Conseil d'Etat²⁴, par le motif d'intérêt général consistant à favoriser les premières parties de carrière au sein des hôpitaux publics et privés PSPH²⁵ :

²³ En réalité ces deux règles de « tact et mesure » et de « stricte économie » s'appliquent simultanément (comme l'a notamment rappelé le Conseil d'Etat dans une décision « Sopena » du 20 décembre 2006), et les éléments d'appréciation à mettre en œuvre sont assez voisins : dans la décision « Syndicat des médecins d'Aix », la validité du niveau de dépassement autorisé par la convention de 2005 a sans doute été appréciée par le Conseil d'Etat en référence à la façon dont, dans le cadre du contentieux du « contrôle technique », il apprécie le caractère abusif ou non abusif des dépassements en secteur 2.

²⁴ « Considérant que les parties à la convention ont décidé de ne pas soumettre aux tarifs opposables les médecins titulaires de certains titres relatifs à une activité hospitalière qui s'installeraient en exercice libéral, pour la première fois, après l'entrée en vigueur de la convention ; que la différence de traitement qui en résulte au regard des autres médecins s'installant après l'entrée en vigueur de la convention trouve son origine dans l'objectif d'intérêt général qui consiste à favoriser l'activité des médecins dans les établissements hospitaliers et les établissements privés participant au service public hospitalier ; que cette différence de traitement n'est pas manifestement disproportionnée à cet objectif ; que ces stipulations ne méconnaissent donc pas le principe d'égalité ; ».

²⁵ La conformité du « secteur 2 », tel que rendu plus restrictif par la convention de 1990, au principe d'égalité de traitement, avait déjà été jugée par une décision du 3 octobre 1994, « Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs », mais sans que le raisonnement sous-jacent soit explicité.

Par ailleurs, pour justifier, toujours au regard du principe constitutionnel d'égalité, l'asymétrie qui existe entre l'option en faveur du secteur 2, qui est toujours révoquant, et celle en faveur du secteur 1, qui est définitive après l'installation, le Conseil d'Etat admet – et ce point n'est pas sans lien avec le principe constitutionnel de « protection de la santé » - l'existence d'un « objectif d'intérêt général de garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité dans le cadre d'honoraires opposables »²⁶.

C'est toutefois dans la plus récente de ses décisions, lue le 6 mai dernier, que le Conseil d'Etat a été amené à apporter le plus de précisions sur les conditions légales de ce qu'on peut appeler la « dimension financière de l'accès aux soins ».

c) Le Conseil d'Etat a en effet été saisi, à la suite de la loi de financement pour 2008, de la légalité du décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007 relatif aux montants, plafonds et modalités de récupération des « franchises ».

Sa décision « Association FNATH et autres » du 6 mai 2009 annule partiellement le décret en question, sur un aspect assez secondaire de modalité technique de récupération des franchises²⁷.

L'importance de la décision est ailleurs. En effet, même s'il rejette en l'espèce la demande qui lui était faite de considérer que les montants des franchises, et le niveau de leur plafond annuel, violait le 11^{ème} alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, le Conseil d'Etat a apporté trois précisions quant à la manière d'apprécier si une baisse de remboursement est ou non susceptible de porter atteinte au principe constitutionnel de « protection de la santé ».

*c1) Premièrement, l'appréciation à porter sur un mécanisme nouveau doit, dit le Conseil d'Etat, être effectuée en tenant compte de l'ensemble des sommes déjà laissées à la charge des assurés sociaux*²⁸.

Autrement dit, elle doit être globale, et ne pas se borner à regarder l'impact spécifique de la mesure supplémentaire. Cet impact spécifique n'est peut-être qu'une « goutte d'eau », mais l'effet de cette « goutte d'eau » sur l'éventuel « trop plein » du verre va dépendre de son addition à tous les autres éléments de reste à charge qui découlent déjà de la réglementation existante. Ainsi que, le cas échéant, et en sens inverse, de diverses autres aides légales qui diminueraient le reste à charge.

Ce point est évidemment important pour l'avenir, car il n'était pas aussi clairement dégagé dans les décisions du Conseil constitutionnel de 2004 et 2007 (qui apparaissait contrôler la constitutionnalité de chaque nouvelle mesure en ne pesant que son poids propre) : pour le Conseil d'Etat, et c'est une position qui paraît rejoindre le bon sens, la légalité

²⁶ « Considérant, enfin, qu'eu égard à l'objectif d'intérêt général qui consiste à garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité dans le cadre d'honoraires opposables, les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et ceux exerçant en secteur à honoraires différents ne sont pas placés dans la même situation au regard du droit à changer de secteur ; que la convention a ainsi pu, sans porter atteinte au principe d'égalité, prévoir des modalités de changement de secteur différentes pour ces deux catégories ».

²⁷ Point d'autant plus secondaire que le raisonnement qui conduit à l'annulation consiste à dire, non pas que le mécanisme prévu (l'imputation sur les remboursements futurs) serait illégal par lui-même, mais qu'il est illégal en tant qu'il ne permet pas aux caisses primaires d'en choisir éventuellement d'autres...

²⁸ « Considérant qu'eu égard, d'une part, au champ d'application de la « franchise » ainsi qu'aux montants et plafonds fixés par le décret attaqué, compte tenu de l'ensemble des sommes laissées à la charge des assurés sociaux à raison des dépenses de santé qu'ils exposent et, d'autre part, aux aides contribuant à la réalisation des objectifs fixés par ces dispositions constitutionnelles, les exigences découlant du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 n'ont pas été méconnues par les dispositions du décret attaqué ».

constitutionnelle de toute mesure qui accroîtrait le reste à charge devra s'apprécier en tenant compte de la totalité du reste à charge préexistant.

c2) Deuxièmement, tout en étant « globale », cette appréciation doit, dit le Conseil d'Etat, ne pas être conduite seulement par rapport à des reste à charge moyens, mais porter aussi, par une sorte d'approche « à la marge », sur les personnes ou groupes de personnes qui garderaient à leur charge des sommes particulièrement importantes au regard de leurs revenus²⁹.

La rédaction de l'arrêt, rapprochée des conclusions du rapporteur public Luc Derepas, montrent ainsi que, si le Conseil d'Etat avait trouvé, dans le pourvoi des associations requérantes, des éléments démontrant que des populations du « seuil », c'est-à-dire ayant un revenu immédiatement supérieur à celui qui ouvre droit à l'aide à la protection complémentaire, atteignaient avec le plafond de 50 euros par an un niveau global de reste à charge trop important, la solution d'annulation aurait pu être retenue même si le problème n'apparaissait pas, en moyenne, au niveau de la population générale.

Là encore, ce point apparaît tout à fait décisif pour l'avenir.

c3) Enfin, troisièmement, mais cette fois dans la droite ligne d'une précédente décision de l'Assemblée du contentieux du 14 décembre 2007 « Département de Charente Maritime », le Conseil d'Etat a clairement inclus le coût de souscription d'une complémentaire dans le calcul des « charges » à prendre en compte pour apprécier la conformité du dispositif au 11^{ème} alinéa du Préambule de 1946.

Autrement dit, le reste à charge global, celui dont le niveau permet de déterminer si le principe constitutionnel est ou non respecté, doit se calculer soit par l'addition du ticket modérateur, du forfait journalier (et, doit-on penser en vertu de la jurisprudence « Syndicat des médecins d'Aix », du niveau des dépassements), soit, si ces différents éléments sont couverts par une assurance complémentaire, par le coût de souscription de cette assurance complémentaire.

2) L'émergence d'un droit à une couverture suffisante des dépenses de soins

Les années récentes ont donc vu émerger un ensemble de normes jurisprudentielles en matière de couverture des dépenses de santé, qui trouvent leur fondement direct dans la Constitution, et même dans cette partie très fondamentale de la Constitution que sont les grands principes posés en 1946.

De nombreux points restent encore en suspens. A commencer tout simplement par le niveau chiffré du « poids » de reste à charge qui serait anticonstitutionnel. Mais aussi des aspects plus techniques, et non moins décisifs, tels que la question de savoir s'il faut ou non prendre en compte, dans le contrôle du respect du principe constitutionnel, le nombre ou la densité de

²⁹ « Considérant que si les associations requérantes font en outre valoir que l'institution de la « franchise » aurait pour effet de compromettre le droit à la santé des personnes, notamment des travailleurs exposés à des risques professionnels importants, dont les ressources ne leur permettent pas de bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, il ne ressort pas des pièces du dossier que, pour importantes qu'elles soient, les sommes susceptibles d'être laissées à la charge de ces personnes par la réglementation en vigueur auxquelles s'ajoute, le cas échéant, le coût de la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire de santé, compte tenu de l'aide prévue à l'article L. 863-1 du même code, excèderaient la part de leurs revenus au-delà de laquelle les exigences du onzième alinéa du Préambule seraient méconnues ».

médecins pratiquant des tarifs opposables. La question aussi de savoir par rapport à quel « panier » de soins doit s'apprécier cette prise en charge, etc.

*
* * *

Il apparaît ainsi que se dégage, à partir de la décision du Conseil constitutionnel de 2004 et des décisions les plus récentes du Conseil d'Etat, la triple idée :

- que la liberté financière d'accès aux soins fait partie intégrante du principe constitutionnel de protection de la santé,

- qu'elle suppose que soit assurée, sous une forme ou sous une autre, une sorte de garantie de prise en charge incluant l'ensemble des dépenses, c'est-à-dire :

* les éventuels dépassements ;

* le coût d'achat d'une assurance complémentaire³⁰.

- et que la légalité des dispositifs retenus dépendra prioritairement de la manière dont sont finalement couvertes les personnes ayant les plus gros restes à charge par rapport à leurs revenus³¹.

Sous Section III - La problématique des dépassements d'honoraires médicaux

Les médecins conventionnés pratiquent parfois des honoraires supérieurs à la base de remboursement. Est alors qualifié de « dépassement d'honoraires » tout ce qui est payé par le patient au-delà du tarif de convention fixé par l'assurance maladie (ce tarif servant de base de remboursement).

A travers les dépassements d'honoraires, est posée la question de la coexistence d'un système de paiement à l'acte, dont la cotation est normée au sein d'une classification sensée représenter une forme de « juste prix » et d'une liberté pour certains professionnels de pratiquer des honoraires supérieurs à cette cotation.

Le Haut conseil a déjà soulevé l'importance de la question des dépassements (I). Le Conseil traite ensuite du cadrage juridique, historique et financier puis des questions posées par les dépassements d'honoraires médicaux, tant d'un point de vue des fondements du système de prise en charge que des professionnels et des patients (II). Sont enfin présentés des scénarios d'évolution (III).

I - Le contexte de l'analyse des dépassements et des scénarios d'évolution pour le Haut conseil

Le Haut conseil a évoqué à plusieurs reprises la nécessité de mener une analyse approfondie des dépassements d'honoraires.

³⁰ L'exigence dégagée par la jurisprudence n'est donc pas réductible, sur ce point, à la notion de « bouclier » dans son acception la plus courante, puisque le « bouclier » ne couvre ni le « non remboursable », ni le coût d'acquisition d'une complémentaire. Mais elle relève d'une logique assez voisine, puisqu'elle s'attache au reste à charge global pour une personne donnée.

³¹ Cela ne veut pas dire que le principe constitutionnel conduit nécessairement à un système qui modulerait la prise en charge en fonction du revenu, mais simplement que l'effectivité « financière » de l'accès aux soins se mesurera à l'aune de ce qu'est cet accès pour ceux qui peuvent être le plus empêchés de se soigner pour des motifs financiers : s'engager à garantir, ce n'est pas garantir en moyenne, mais garantir à tous. Et pas conséquent on ne peut pas se contenter d'une mesure de « l'effet moyen », il faut regarder « l'effet marginal ».

L'analyse des dépassements sur les actes cliniques, établie en 2007, l'avait conduit à estimer que s'ils étaient fréquents en nombre, la valeur unitaire de ces dépassements était modeste de quelques euros à une dizaine d'euros. Ainsi, même lorsqu'ils sont à la charge directe des ménages, ils ne seraient pas de nature à bouleverser leur budget. Le Conseil avait cependant souligné que le renoncement aux soins liés à ces dépassements mériterait d'être d'avantage documenté en étendant la démarche « épisodes de soins » proposée par l'IGAS dans son rapport sur les dépassements au cas de maladies chroniques.

Dans ce même rapport de l'IGAS, sont présentés les montants moyens de dépassements sur quelques actes techniques lourds dont le Conseil a déjà fait part : selon que l'acte ait lieu en établissement public ou privé, 74€ à 178€ pour un accouchement, 91€ et 200€ pour l'opération d'une cataracte, 225€ et 454€ pour un prothèse de hanche.

L'analyse de ces montants de dépassements avaient conduit le Conseil à relever une nouvelle fois les incohérences persistant dans le système de prise en charge des régimes de base : *« pour les actes techniques lourds, il s'agit d'actes rarement répétitifs, le reste à charge sur longue période est donc modéré; et il faut tenir compte de la couverture par les OC. Mais les dépassements peuvent atteindre des montants très significatifs alors que le recours aux médecins de secteur 2 est parfois fortement « contraint ». Il en résulte un RAC élevé en montant qui, pour des assurés modestes sans OC, constitue une aberration dans un système qui a poussé aussi loin la prise en charge par les régimes de base. »*

C'est pourquoi le Conseil a rappelé en 2008 que concernant les actions à mener sur les dépassements d'honoraires, *« la priorité concernait les dépassements en établissements de santé pour lesquels on peut peut-être trouver plus facilement les termes d'une maîtrise cohérente. »*

Cette question des dépassements d'honoraires, particulièrement pour les spécialités exerçant sur un plateau technique hospitalier, a été récemment relancée.

Dans son discours du 4 juin 2009 au 39^{ème} congrès de la Mutualité française, le Président de la République a évoqué les « dépassements d'honoraires des chirurgiens, anesthésistes et gynécologues-obstétriciens³², qui (...) peuvent représenter une somme importante pour des actes qui sont tout sauf des soins de confort » et « incitent certains de nos concitoyens à renoncer aux soins » et indiqué que le « secteur optionnel doit permettre un meilleur encadrement des tarifs que le secteur 2, assorti d'objectifs de qualité », en demandant au gouvernement « de se préparer » à prendre, le cas échéant, le relais de la négociation conventionnelle.

Dans cet esprit, la loi du 22 juillet 2009 « hôpital, patients, santé et territoires » comporte une disposition, à la suite d'un amendement adopté par la Commission mixte paritaire, visant à demander aux partenaires conventionnels de parvenir, avant le 15 octobre 2009, à un accord pour limiter les dépassements d'honoraires³³.

³² Ce sont les trois spécialités d'exercice à plateau technique qui sont actuellement concernées par les discussions sur l'option conventionnelle.

³³ Article 53 de la loi « IV.-A défaut de conclusion avant le 15 octobre 2009 d'un avenant conventionnel, pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifie à cet effet, pendant un délai de quatre mois, les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté modifie également les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer ».

Rappelons que, lors du vote du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » n'avait pas été maintenue lors de la lecture au Sénat l'insertion d'un article qui disposait que :
 « Afin de remédier à une difficulté d'accès aux soins constatée par l'ARS, un établissement de santé (...) peut être assujéti (...) à garantir, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence. »³⁴

II - Analyse des dépassements d'honoraires médicaux

A) Les éléments de cadrage : juridique et historique et financier

1) Le cadrage juridique

La notion de dépassement recouvre des réalités techniques et juridiques très différentes.

a) Il faut, en premier lieu, faire un cas à part des dépassements que l'on qualifie parfois de « sauvages », c'est-à-dire non conformes aux textes applicables : loi, règlement ou convention médicale.

a1) ils peuvent résulter de comportements individuels isolés.

Ce serait le cas des « dépassements » pratiqués sur des soins dispensés à des bénéficiaires de la CMU-C. Par définition, ils ne concerneraient pas les médecins de secteur 1.

D'une étude de la CNAMTS effectuée sur les données du premier semestre 2007, il apparaît qu'il y a bien des dépassements appliqués aux allocataires de la CMU-C³⁵ :

- parmi les médecins de secteur 2 ou 1 DP, la part des médecins ayant facturé au moins un dépassement à un bénéficiaire de la CMU-C :

* 64 % des généralistes de secteur 2 ou DP, soit 5 % de l'ensemble des médecins de la spécialité (tous secteurs confondus)

* 47% des spécialistes et omnipraticiens MEP de secteur 2 ou DP, soit 18% de l'ensemble des praticiens de ces spécialités (tous secteurs confondus).

- parmi les médecins qui ont facturé au moins un dépassement :

* 81% des médecins généralistes (soit 3 096 médecins) facturent des dépassements sur moins de 10% des actes cliniques réalisés pour des bénéficiaires de la CMU-C; à l'opposé, 0,8% d'entre eux (soit 29 médecins) pratiquent des dépassements sur au moins 90% de leurs actes cliniques.

*les pédiatres figurent parmi les spécialistes pratiquant les dépassements à des fréquences plus élevées 67% (soit 545 médecins) d'entre eux pratiquant des dépassements sur moins de 10% de leurs actes cliniques et 4% (soit 32 médecins) pratiquant des dépassements sur au moins 90% de leurs actes cliniques. Au contraire, les gynécologues ont une pratique des dépassements moins fréquente.

- la part des actes facturés avec dépassement à des bénéficiaires de la CMU-C :

* 2,6% en médecine générale de secteur 2 ou 1 DP, (soit près de 10 700 actes)

³⁴ Cette disposition prévoyait que les contrats liant le cas échéant l'établissement en question aux praticiens qui y exerçaient étaient alors modifiés unilatéralement et que le refus éventuel des praticiens conduisait à une rupture sans indemnité.

³⁵ Dépassements hors DE facturés aux bénéficiaires de la CMU-C par des médecins de secteur 2 ou 1 DP.

* variable en ce qui concerne les spécialistes de secteur 2 ou 1 DP : les gynécologues de ces secteurs facturent 0.8% de leurs actes cliniques avec dépassements hors DE, les pédiatres 6.7% de leurs actes.

a2) parfois, ils sont l'expression d'une manifestation de revendication collective (cas de médecins généralistes pratiquant le « C=CS »).

a3) les problèmes posés par les « dépassements » de ce type sont très spécifiques, et distincts du reste des dépassements.

Même si leur chiffrage n'est pas aisé, on peut affirmer qu'ils représentent un volume de dépenses mises à la charge des ménages très faible par rapport à l'ensemble des dépassements.

En revanche, ils pèsent par leur importance symbolique et de principe, laquelle ne peut pas s'apprécier à leur seul impact financier.

Il s'agit donc là d'une question particulière, qui doit être traitée à part de la question d'ensemble des dépassements, et faire l'objet d'outils de « gestion du risque » complètement distincts de ceux qui visent les dépassements « légaux », puisque la question n'est pas de les réguler ou de les maîtriser, mais bien de les interdire.

b) Toute autre est la problématique d'ensemble soulevée par la question des dépassements légaux – c'est à dire autorisés et même prévus par les textes – qui représentent la quasi-totalité des sommes en cause.

Au sein de cette catégorie (qui est celle sur laquelle porte la présente analyse), il faut faire une deuxième distinction.

b1) Il y a, d'une part, les dépassements qui sont autorisés aux praticiens qui exercent dans le cadre de tarifs opposables :

- le « DE », dépassement que tout praticien de secteur 1 est autorisé à facturer en cas d'exigence particulière du patient en termes de temps ou de lieu de la consultation.
- le « DA », dépassement que les spécialistes de secteur 1 sont autorisés à facturer en cas de consultation directe, hors parcours de soins coordonnés. La convention de 2005 a plafonné ce dépassement à 17,5% de la valeur de l'acte, arrondi à l'euro supérieur, et à 30% du volume de leurs actes.
- relève aussi de cette catégorie le dépassement de 15% sur les actes techniques que sont autorisés à pratiquer les spécialistes de secteur 2 ou de secteur 1 « à droit à dépassement permanent » ayant adhéré à l'option conventionnelle dite « de coordination », par laquelle ils s'engagent à respecter ce plafond ainsi que le tarif opposable sur les actes cliniques, pour les patients qui les consultent après passage par leur médecin traitant.

La caractéristique de ces dépassements est qu'ils se présentent comme des dérogations autorisées à une pratique qui doit, dans son principe, demeurer une pratique de tarifs opposables.

Ils n'atteignent pas en masse globale des montants importants.

Puisqu'ils sont autorisés sous certaines conditions, la question essentielle qui se pose, pour qui veut s'assurer de leur justification, est de savoir si les conditions en question sont ou non réunies. « L'abus de dépassement » se caractérise donc davantage, pour ce type de

dépassements, par une fréquence excessive (laquelle traduit presque inévitablement une méconnaissance des conditions légales de facturation) que par des montants unitaires trop élevés.

Le volume des DE n'appelle pas d'observations particulières, hors des situations atypiques dans lesquelles le ratio DE/C+V est très élevé (en attente de données CNAMTS).

Le montant des dépassements des médecins APE exerçant en tarif opposable est estimé à 220M€ en 2006, soit 11% des dépassements tous secteurs confondus.

b2) Très différente, au moins en termes de principe, est la situation des dépassements liés à la liberté tarifaire du praticien.

Il s'agit essentiellement des praticiens « de secteur 2 », ainsi que de la catégorie, aujourd'hui résiduelle, des praticiens de secteur 1 « à droit à dépassement permanent ». Ils disposent de la même liberté tarifaire que les praticiens non conventionnés, c'est-à-dire la libre fixation du tarif de leurs actes, dans le respect du principe déontologique du « tact et mesure ».

Il ne s'agit donc plus, comme dans le cas précédent, d'une dérogation conditionnelle : la pratique elle-même, dans sa globalité, n'est pas soumise à l'opposabilité tarifaire.

Le montant des dépassements des médecins APE exerçant dans le cadre de la liberté tarifaire est estimé à 1,7Md€ en 2006, soit 89% des dépassements tous secteurs confondus.

2) La mise en perspective historique : une réalité constante dans son principe

L'existence de droits à dépassements est aussi ancienne que l'assurance maladie. Et la formalisation de leurs conditions de facturation remonte à une cinquantaine d'années.

Dès la réforme de 1960³⁶ sont en effet prévus, d'une part la faculté pour tous les praticiens de facturer des dépassements en cas « d'exigence particulière du malade résultant de circonstances de temps et de lieu », et d'autre part la constitution de listes nominatives départementales, sur lesquelles sont inscrits les médecins disposant de ce qui s'appelle à l'époque la « jouissance de la notoriété », et s'appellera, à partir de 1966³⁷, le « droit permanent à dépassement »³⁸.

La première convention nationale du 28 octobre 1971 maintient ces deux hypothèses : dépassements ouverts à tous les praticiens pour exigences particulières, (le DE) et droit permanent à dépassement (le DP) pour les médecins considérés les plus chevronnés : les titres universitaires ne sont pas le seul critère, le DP pouvant être octroyé aux médecins qui peuvent faire état, au vu d'une série de critères, d'une « autorité » particulière.

C'est, on le sait, la troisième convention nationale du 29 mai 1980 qui introduira la plus grande rupture dans le système, en instituant le « secteur 2 », c'est-à-dire en remplaçant le DP (qui est maintenu pour les praticiens de secteur 1 admis à le facturer, mais n'est plus délivré aux nouveaux installés) par la liberté de choix d'un secteur d'exercice à tarif libre, dont la

³⁶ Décret n°60-451 du 12 mai 1960 « relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux », article 8. Avant cette réforme, c'est-à-dire dans le cadre des conventions départementales instituées en 1945, les dépassements étaient pratiqués à l'initiative du médecin qui invoquait individuellement sa notoriété.

³⁷ Décret n°66-21 du 7 janvier 1966, article 8-IV.

³⁸ On peut noter qu'existe en outre, à l'époque, un motif légal de dépassement ouvert à tous les praticiens pour « situation de fortune de l'assuré ».

contrepartie est l'absence de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales du praticien.

Cette liberté d'option durera jusqu'au 1^{er} décembre 1989. La convention de 1990 « suspend », puis interrompt le libre choix du secteur 2 à l'installation, en le réservant aux seuls anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux. C'est un retour, en quelque sorte, au principe des anciennes listes de notoriété, mais avec deux différences fondamentales : d'une part, c'est désormais au moment de l'installation, et uniquement à ce moment-là, que peut s'exercer l'option en faveur du secteur 2³⁹. D'autre part, les critères qui permettent d'opter sont strictement objectifs, et tous liés à un début de carrière à l'hôpital (public ou privé PSPH). Ce principe, dans lequel le Conseil d'Etat a reconnu, on l'a dit plus haut, un « motif d'intérêt général », a eu pour effet – en raison de sa caractérisation dépourvue d'ambiguïté - de faire disparaître l'abondant contentieux sur l'inscription sur les « listes de notoriété ».

C'est ce système qui s'est prolongé jusqu'à la dernière convention du 11 mai 2005, la liste des praticiens autorisés à s'installer en secteur 2 s'étant seulement légèrement élargie au fil des accords conventionnels.

Le principe du « dépassement » n'est donc pas nouveau.

3) Le cadrage financier

a) Les montants

Les dépassements d'honoraires médicaux en 2006 = 2,1 Md€ sur 19,3 Md€ d'honoraires.
Avec une répartition (source IGAS pour l'année 2005) : 1,6Md€ en ville, 0,5Md€ en établissement de santé, dont 0,4Md€ en cliniques.

³⁹ Une exception fut toutefois ouverte, par la convention des médecins spécialistes de 1997 (puis par le « règlement conventionnel minimal » de 1998) pour permettre aux médecins qui auraient pu opter en s'installant entre 1980 et 1989 de pouvoir se rattraper après coup. Il s'agissait de pallier l'effet de l'interruption brutale de 1990 à l'égard de médecins de secteur 1 brusquement bloqués par le caractère nouvellement irréversible de leur choix.

Les différents chiffres rencontrés.

Selon les publications ou les rapports, plusieurs mesures sont utilisées pour décrire les montants de « dépassements » :

Le taux de dépassement : est le rapport entre les honoraires tirés des dépassements (pour un praticien, une spécialité ou un groupe de spécialité) et les honoraires « remboursables » correspondant à la même activité.

Il est le plus souvent donné sur la seule population des médecins ayant la liberté tarifaire (secteur 2 et 1-DP) : il est alors une mesure de l'utilisation qui est faite de cette liberté tarifaire.

Mais plusieurs études et rapports choisissent de donner ce taux en le rapportant à l'ensemble des médecins libéraux de la spécialité ou du groupe de spécialité concerné. Il englobe alors les DE et DA, et est significatif de la part de revenus d'une spécialité issue de dépenses non remboursables.

La part des honoraires issus des dépassements : est le rapport entre les honoraires tirés des dépassements et les honoraires totaux. (c'est en quelque sorte le taux « en dedans », là où le taux de dépassement est le taux « en dehors »).

Là encore, il arrive qu'il soit donné par rapport à l'ensemble des modes d'exercices, ou seulement par rapport aux médecins bénéficiant de la liberté tarifaire.

Les tableaux ci-dessous présentent les taux de dépassements et les montants moyens de dépassements pour les médecins actifs à part entière (APE)⁴⁰ en 2006.

**Tableau 18 - Taux de dépassement des médecins APE en 2006
(dépassements/Honoraires hors dépassements)**

	en secteur 1	en secteur 2 et DP	ensemble
généralistes	1%	36%	3%
anesthésistes	5%	52%	17%
chirurgie	4%	51%	42%
radiologue	1%	22%	3%
gynéco obstétriciens	4%	67%	35%
spécialistes	3%	50%	47%

Tableau 19 - Montant moyen du dépassement des médecins APE en 2006 (en euros)

	en secteur 1	en secteur 2 et DP	ensemble
généralistes	853	33 490	3 487
anesthésistes	11 676	119 082	40 828
chirurgie	9 932	102 094	86 409
radiologue	3 514	108 421	15 137
gynéco obstétriciens	5 225	88 939	49 347
spécialistes	5 778	79 830	34 394

⁴⁰ Les médecins APE représentent environ 90% de l'ensemble des médecins libéraux. Le médecin APE répond aux critères suivants :

- ne s'est pas installé au cours de l'année,
- est conventionné,
- n'exerce pas à l'hôpital à temps plein,
- n'a pas atteint son 65^{ème} anniversaire au cours de l'année,
- continue à exercer une activité

b) L'évolution : un fort accroissement sur la période récente :

- entre 1990 et 2006, le montant des dépassements en ville (Secteur 2 et DP) a augmenté de 68% en euros constants (de 763M€ valeur 1990 à 1,69Md€ valeur 2006) ;
- la part qu'ils prennent globalement dans la rémunération des médecins est croissante (8% en 1995, 11% en 2007)
- le taux de dépassement des omnipraticiens de secteur 2 et DP est resté à peu près stable sur la période, en revanche, le taux des dépassements des différentes spécialités a fortement progressé.

Tableau 20 - Evolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2 – France métropolitaine - APE

	1985	1990	1995	2000	2004	2005*	2006	2007
Omnipraticiens	35%	41%	40%	43%	43%	43%	42%	43%
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	47%	49%	50%	51%
<i>Dont</i>								
<i>Chirurgiens</i>	21%	20%	24%	32%	49%	52%	54%	54%
<i>Anesthésistes</i>	22%	18%	23%	36%	47%	50%	52%	52%
<i>Gynécologues</i>	27%	34%	40%	50%	61%	64%	67%	70%
<i>ORL</i>	20%	25%	28%	35%	45%	44%	43%	44%
<i>Pédiatres</i>	23%	31%	34%	43%	47%	49%	51%	53%
<i>Ophthalmologues</i>	21%	29%	33%	41%	53%	55%	56%	60%

* 2005 redressé pour tenir compte des retards de liquidation sur les actes techniques liés à la mise en place de la CCAM et de la T2A.

Globalement, les taux de dépassements des spécialistes ont doublé en moyenne, passant d'environ 25% à environ 50%. On note toutefois des variations nettement plus importantes sur certaines spécialités.

B) Les questions posées selon le point de vue adopté

1) Les questions de principe : la conciliation avec certains fondamentaux du système de soins

a) Le paysage médical

L'installation en « secteur 2 » est de plus en plus fréquente pour les médecins qui peuvent y prétendre.

Tableau 21 - Part des effectifs de médecins en secteur 2 ou DP (1) en 2004 (source CNAMTS)

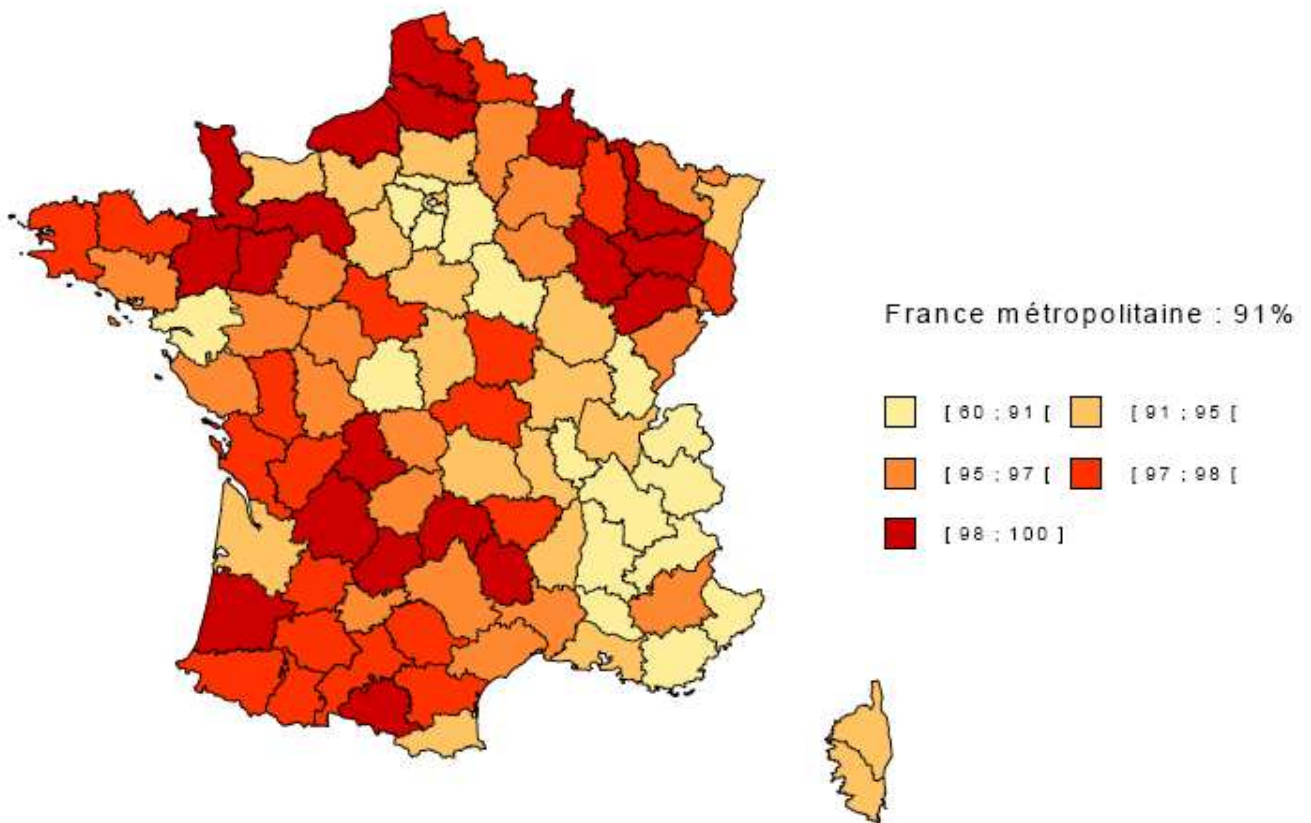
	parmi les médecins en activité	parmi les médecins nouvellement installés
Omnipraticiens	14%	2%
Total spécialistes	39%	51%
<i>Dont</i>		
<i>Chirurgiens</i>	81%	86%
<i>ORL</i>	55%	90%
<i>Gynécologues</i>	53%	75%
<i>Ophthalmologues</i>	52%	73%
<i>Dermatologues</i>	42%	34%
<i>Gastro-entérologues</i>	39%	67%
<i>Pédiatres</i>	34%	39%
<i>Anesthésistes</i>	26%	46%

(1) Libéraux, hors hospitaliers temps plein – France métropolitaine

S'agissant des flux d'installation, on note de forts contrastes de taux entre les différentes spécialités. Pour pouvoir les expliquer, il faudrait disposer des mêmes pourcentages rapportés, non pas au nombre total d'installations nouvelles, mais au nombre de médecins nouvellement installés qui avaient les titres leur permettant de prétendre au secteur 2.

Ces contrastes ne sont pas seulement inter-spécialités, mais aussi territoriaux. Le pourcentage de médecins en secteur 1 peut descendre, on le sait, à des niveaux très faibles sur certains territoires.

Proportion (%) de généralistes en secteur 1 en 2006

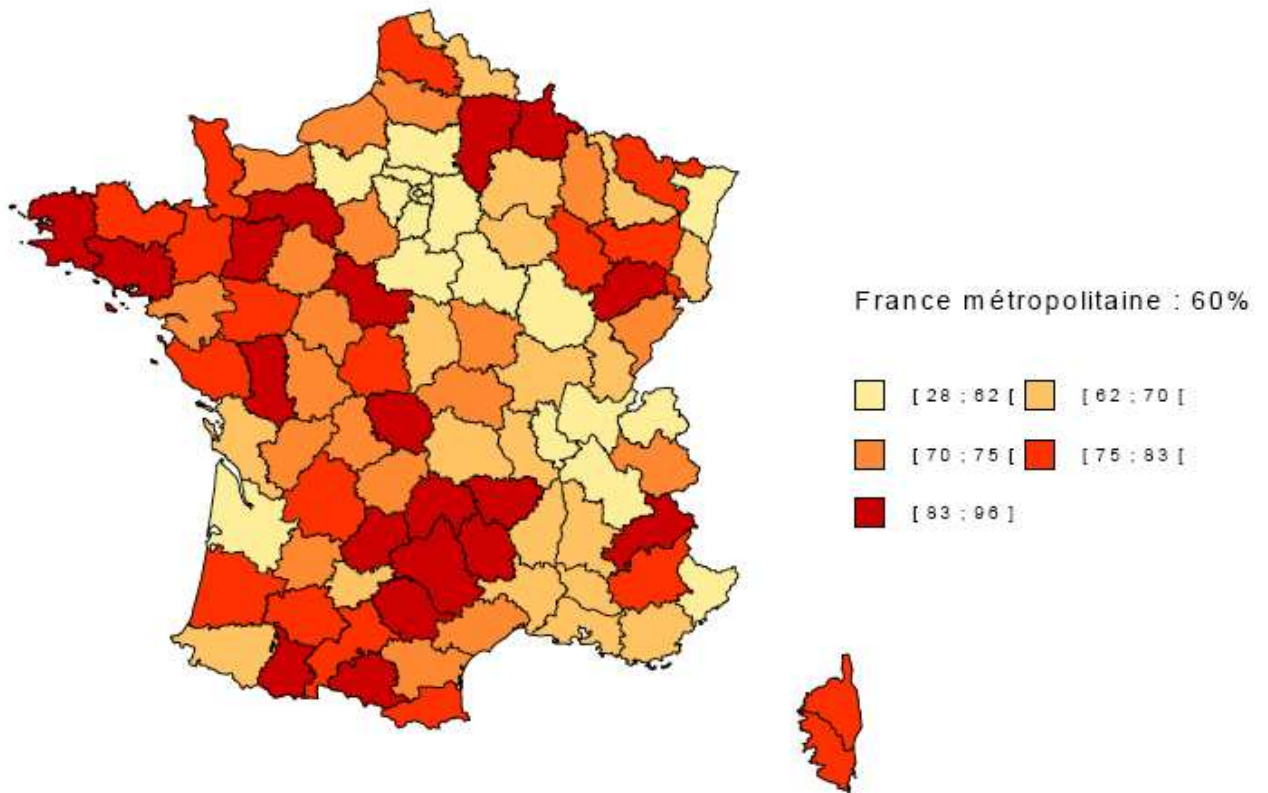


Source : IRDES, *Eco-Santé Régions & Départements*, Juin 2009.

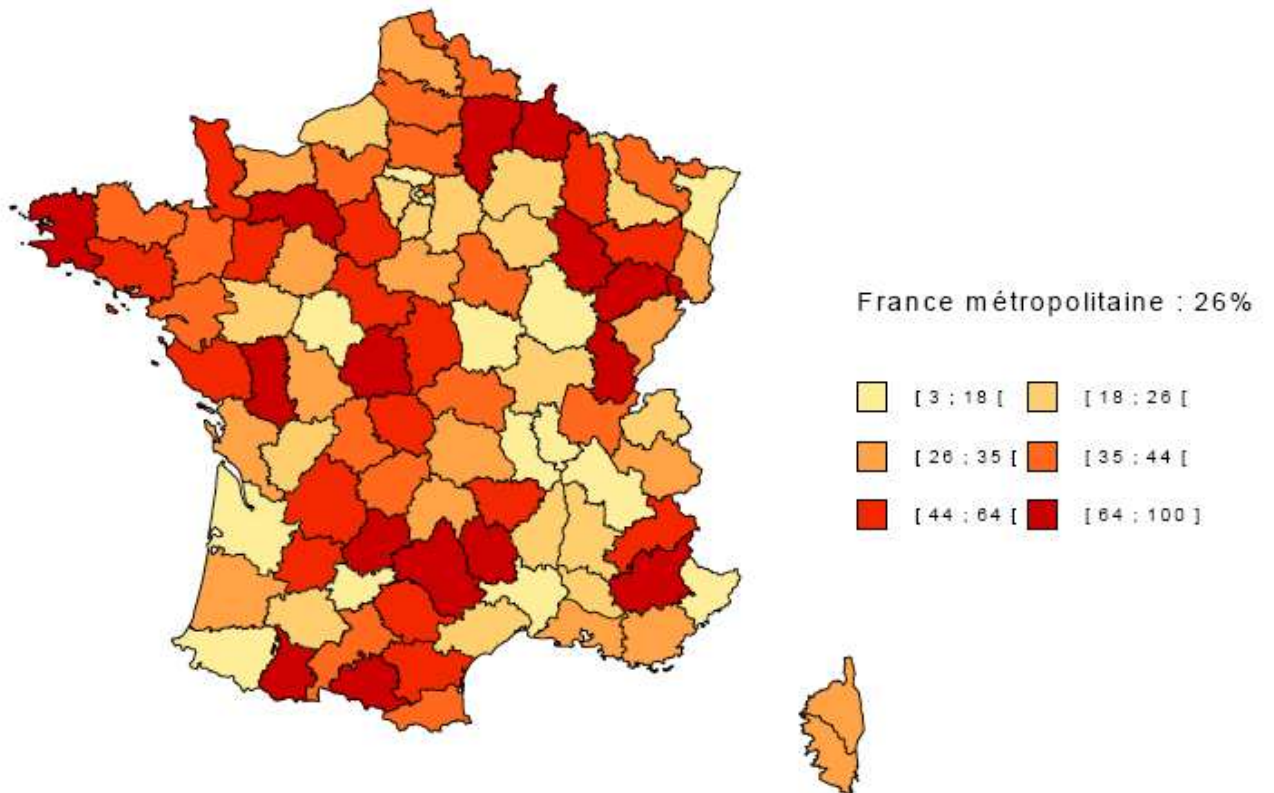
Représentations : secrétariat général du HCAAM

Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Proportion (%) de spécialistes en secteur 1 en 2006



Proportion (%) de chirurgiens en secteur 1 en 2006



Source : IRDES, Eco-Santé Régions & Départements, Juin 2009.

Retraitements : secrétariat général du HCAAM

Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Emergent ainsi de cette cartographie bien connue certaines régions qui apparaissent nettement défavorisées en termes d'offres médicales à tarifs opposables.

On verra plus loin que cette formulation, quoique traditionnelle, n'est pas forcément toujours exacte. Ce qui est sûr en revanche c'est que dans ces régions (par exemple l'Ile-de-France, l'Alsace, Rhône Alpes ou PACA), le « paysage médical » est plus fortement marqué qu'ailleurs par la liberté tarifaire. Dans certaines spécialités, comme la chirurgie, la liberté tarifaire est même la quasi-règle en certains endroits : neuf chirurgiens d'activité libérale sur dix sont en secteur 2 dans le Gard, la Gironde, l'Isère et le Rhône.

Or à partir du moment où, au moins localement (pour certaines spécialités, certains territoires) la liberté tarifaire devient pratiquement la règle, sont nécessairement soulevées des questions de pur principe quant à l'évolution sous-jacente du système de prise en charge.

b) Les questions posées sur les principes qui régissent le système de prise en charge des soins

- peut-on à la fois reconnaître ouvertement, par les critères qui définissent le droit d'installation en secteur 2, que la valeur d'un acte médical varie selon la compétence – découlant de la formation initiale – de celui qui l'exécute (principe au demeurant tout à fait compréhensible, et couramment admis dans d'autres domaines professionnels), et considérer que son coût, pour l'assurance maladie, c'est-à-dire vu du remboursement, doit toujours rester le même ?
- peut-on admettre, toujours dans les situations où la pratique des dépassements atteint des niveaux très importants, que coexistent, avec le système de prise en charge élevé qui caractérise globalement l'assurance-maladie, des segments de soins où cette prise en charge devient très fortement minoritaire ? Quelle est la cohérence du système dans les situations où il est amené à prendre par exemple en charge presque complètement un acte de radiologie, mais très peu l'acte de chirurgie qui en est indissociable ? Et quelle est la justification d'une prise en charge collective dans les cas où elle ne représente plus qu'une très faible fraction de ce que le patient accepte de payer (en supposant qu'il ait effectivement eu ce choix) ?
- Comment peut-on par ailleurs concilier une forte part de dépassements sur les actes techniques exécutés par certains médecins spécialistes avec l'approche portée par la CCAM technique, à savoir une hiérarchisation relative des actes reposant sur des données (travail médical, coût de la pratique) que l'on s'est efforcé d'établir de manière objective⁴¹ ?
- Enfin, c'est également à ces questions de pur principe que l'on doit rattacher la question proprement déontologique, qui concerne les cas isolés de dépassements extrêmes (et fermement condamnables pour leur impact symbolique sur l'image et le sens du geste médical, au moins autant que pour leurs effets simplement financiers).

⁴¹ Ainsi, tout en pointant certaines limites de l'actuelle hiérarchisation de la CCAM (notamment en matière de mesure du coût de la pratique), le rapport de l'IGAS de janvier 2009 sur les revenus des médecins exerçant à l'hôpital note que la pratique du dépassement a eu pour conséquence de contrecarrer très largement la nouvelle hiérarchie de rémunération entre spécialités que la CCAM était censée introduire.

2) Du point de vue des praticiens : la question de l'équité des rémunérations

Les taux et niveaux de dépassements introduisent de fortes disparités dans la structure de la rémunération des médecins (cf. tableau ci-contre, qui actualise des chiffres qui avaient été présentés dans le rapport IGAS de 2007)

Tableau 22 - Distribution par déciles du taux de dépassement des médecins libéraux en 2008

	Minimum	D1	D2	D3	D4	Médiane	D6	D7	D8	D9	C99	D9/D1
Omnipraticiens	0%	11%	16%	22%	28%	34%	43%	55%	71%	99%	181%	9,1
Anesthésistes	0%	9%	17%	25%	31%	38%	47%	57%	73%	99%	197%	11,3
Cardiologues	0%	2%	7%	11%	15%	20%	25%	32%	41%	64%	183%	27,1
Chirurgiens	0%	12%	20%	27%	34%	43%	54%	68%	92%	138%	321%	11,1
Dermatologues	0%	26%	35%	41%	48%	55%	64%	74%	88%	111%	190%	4,3
Radiologues	0%	2%	7%	12%	15%	18%	22%	27%	37%	55%	115%	30,3
Gynécologues	0%	26%	37%	45%	54%	63%	73%	85%	102%	134%	229%	5,2
Gastro-entérologues	0%	6%	12%	16%	20%	25%	29%	37%	48%	67%	208%	10,8
Médecine interne	0%	12%	24%	36%	45%	57%	80%	104%	131%	171%	266%	14,6
Neuro-chirurgiens	4%	17%	33%	43%	51%	65%	81%	97%	126%	167%	441%	9,9
ORL	0%	14%	20%	25%	31%	38%	46%	55%	69%	95%	212%	6,6
Pédiatres	0%	24%	31%	37%	44%	49%	57%	66%	76%	100%	190%	4,2
Pneumologues	0%	7%	12%	16%	20%	22%	26%	33%	44%	65%	262%	9,5
Rhumatologues	0%	15%	22%	28%	36%	43%	52%	63%	80%	114%	229%	7,7
Ophthalmologues	0%	21%	30%	38%	45%	53%	62%	71%	85%	108%	219%	5,0
Urologues	0%	14%	20%	25%	31%	37%	46%	56%	68%	103%	247%	7,3
Neuropsychiatres	0%	13%	32%	37%	49%	57%	69%	78%	119%	175%	301%	13,6
Stomatologues	1%	34%	45%	60%	72%	88%	102%	130%	156%	194%	396%	5,7
Médecine physique et de réadaptation	2%	19%	29%	39%	50%	60%	71%	87%	114%	136%	218%	7,1
Neurologues	0%	8%	16%	19%	24%	29%	38%	48%	77%	107%	237%	13,2
Psychiatres	0%	26%	39%	47%	54%	61%	69%	79%	92%	113%	165%	4,4
Anatomie-Cytologie-Pathologique	0%	0%	6%	9%	12%	17%	20%	24%	27%	35%	58%	118,2
Chirurgiens orthopédiques	0%	14%	22%	28%	35%	41%	49%	59%	75%	101%	223%	7,3
Endocrinologues	0%	22%	31%	38%	48%	56%	65%	77%	94%	120%	192%	5,6
Total chirurgiens	0%	13%	21%	27%	34%	41%	51%	63%	80%	117%	282%	8,7
Total spécialistes	0%	13%	22%	29%	37%	45%	55%	67%	83%	112%	227%	8,6

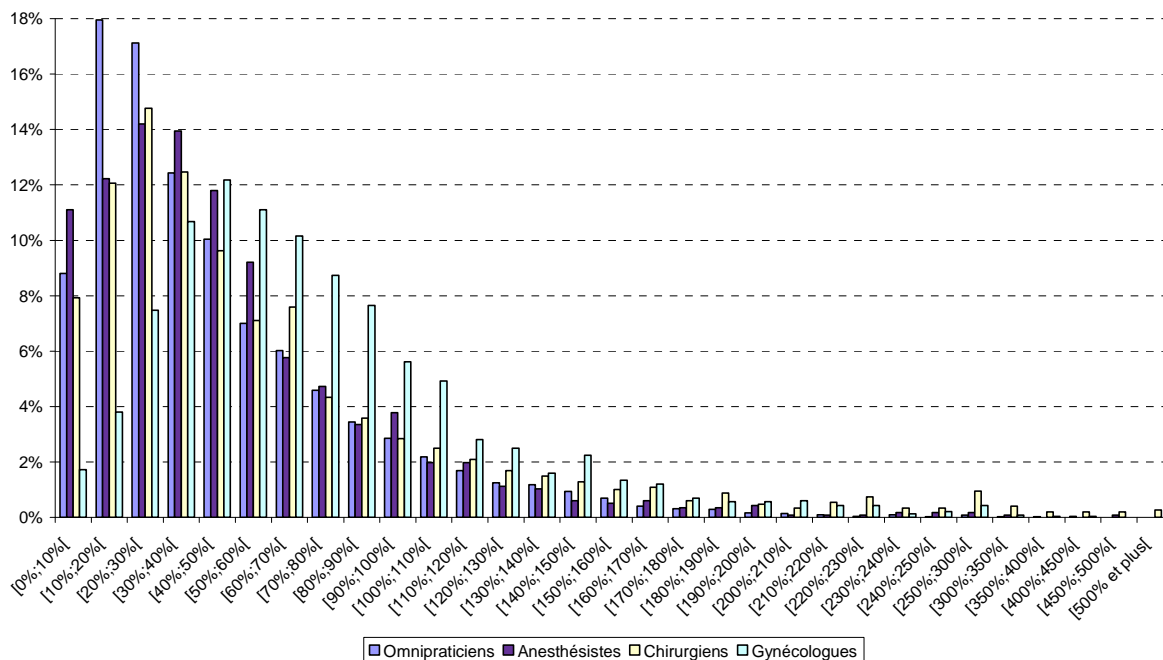
Source : CNAMTS, SNIIR-AM

Retraitements : secrétariat général du HCAAM

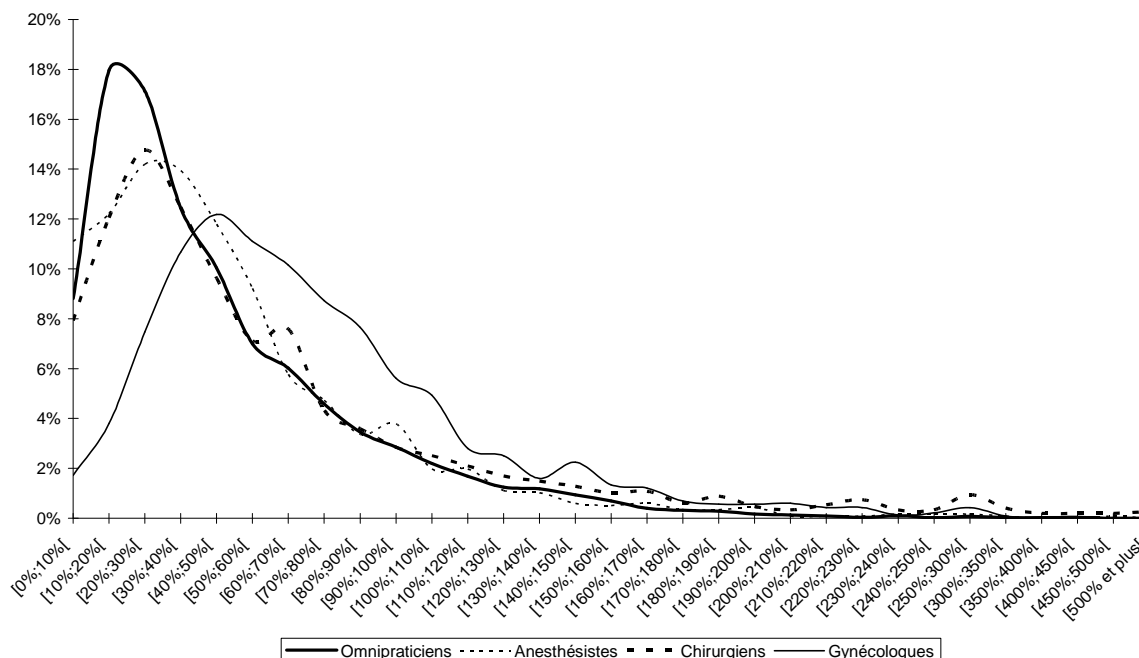
Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 2 et en secteur 1 avec droit permanent à dépassement, ayant perçu plus de 1 000€ en 2008.

Les deux graphiques ci-dessous représentent, l'un sous forme d'histogramme et l'autre sous forme de courbe stylisée qui correspond à « l'enveloppe » de l'histogramme, la distribution des taux de dépassements des omnipraticiens, des anesthésistes, des chirurgiens et des gynécologues-obstétriciens.

Distribution des taux de dépassements par spécialité



Distribution des taux de dépassement par spécialité



Source : CNAMTS, SNIIR-AM

Retraitements : secrétariat général du HCAAM

Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 2 et en secteur 1 avec droit permanent à dépassement, ayant perçu plus de 1 000€ en 2008.

Lecture : 18% des médecins omnipraticiens pratiquent un taux de dépassement compris entre 10 et 20%.

Par ailleurs, la part des dépassements dans le montant total des honoraires (secteur 1 et secteur 2) permet de mesurer l'évolution de la structure de rémunération d'une spécialité due aux dépassements⁴².

**Tableau 23 - Pourcentage des honoraires des praticiens dus à des dépassements (en euros)
Année 2005 à 2007**

En %	2005	2006	2007
Anesthésie-réanimation chirurgicale	14,4	15,5	15,9
Pathologie cardio-vasculaire	4,4	4,2	4,3
Chirurgie	30,3	31,2	31,3
Dermato-vénérologie	19,9	19,7	19,8
Radiologie seule	2,3	2,6	2,7
Médecine nucléaire	0,5	0,2	0,1
Radiothérapie	1,1	1,6	1,3
Gynécologie-obstétrique	26,5	27,0	27,9
Gastro-entérologie et hépatologie	10,4	10,8	11,0
Médecine interne	19,9	19,2	19,1
Oto-rhino-laryngologie	20,9	19,9	20,0
Pédiatrie	14,5	14,4	14,7
Pneumologie	3,9	3,8	3,9
Rhumatologie	17,8	16,4	16,1
Ophthalmologie	24,4	24,3	25,0
Neuropsychiatrie	12,2	13,1	13,3
Stomatologie	43,0	43,7	43,5
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	22,7	22,3	22,8
Neurologie	10,3	9,8	10,1
Psychiatrie	12,9	13,6	14,3
Néphrologie	0,5	0,6	0,6
Anatomo-cyto-pathologie	4,0	4,0	3,8
Endocrinologie et métabolisme	28,3	28,4	28,9

Source : PS5 – Données en date de soins liquidées jusqu'en août 2008 et complétées à 24 mois. Retraitement IGAS.

On note ainsi que, pour les spécialités de gynécologie et de chirurgie (prises globalement, c'est-à-dire secteurs 1 et 2 confondus), les revenus issus des dépassements atteignent presque la moitié de ceux issus des tarifs remboursables⁴³.

Si l'on fait l'hypothèse que la hiérarchisation de la CCAM technique reflète correctement la complexité du geste médical, la disparité des taux de dépassement entre les spécialités pratiquant des actes techniques, et a fortiori au sein d'une même spécialité, ne peut pas s'expliquer par cette complexité⁴⁴.

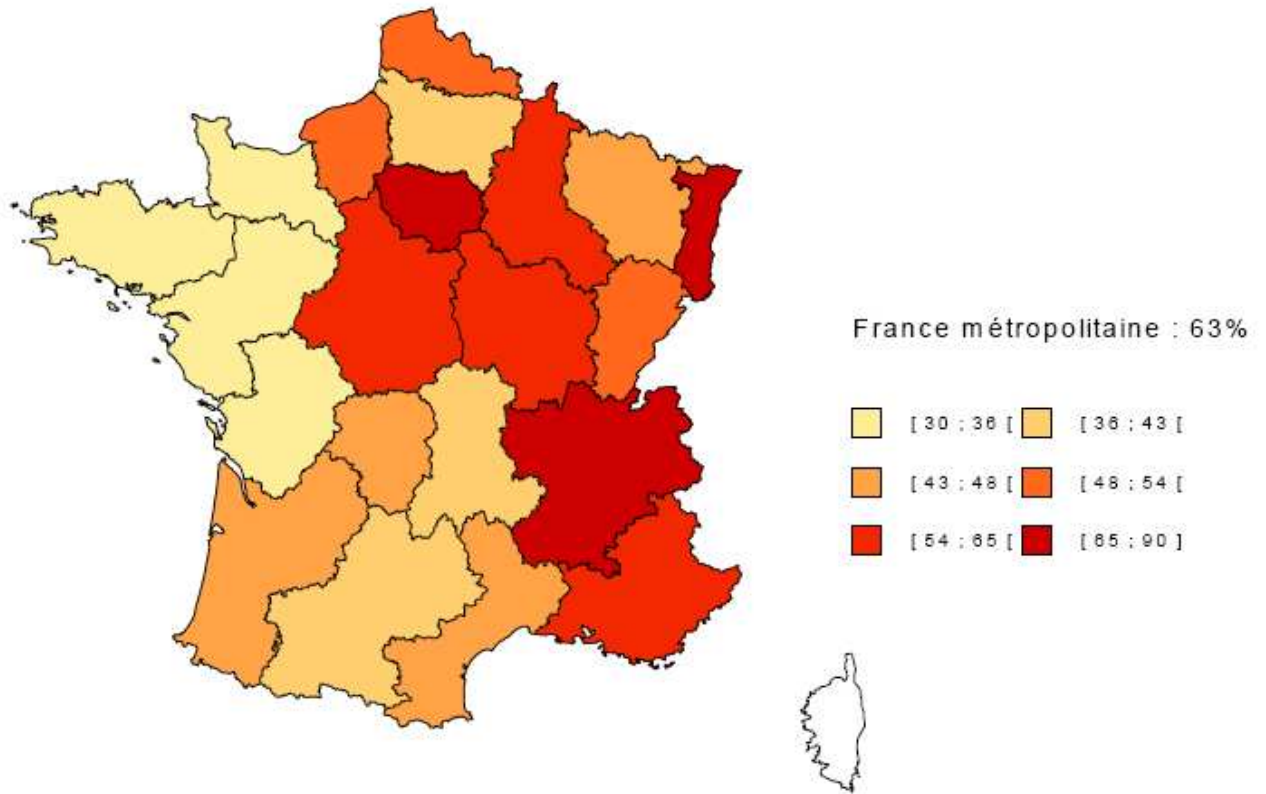
Par ailleurs, la répartition territoriale, dont on a souvent pointé le caractère extrêmement contrasté (concept des « zones grises », où l'offre de soins à tarifs opposable serait déficitaire), fait apparaître une répartition des pratiques de dépassements qui n'obéit pas à des facteurs aisément rationalisables.

⁴² C'est également ce chiffre, et non pas la moyenne des taux de dépassement, qui donne (en l'inversant) la mesure du niveau moyen de remboursement par l'assurance maladie.

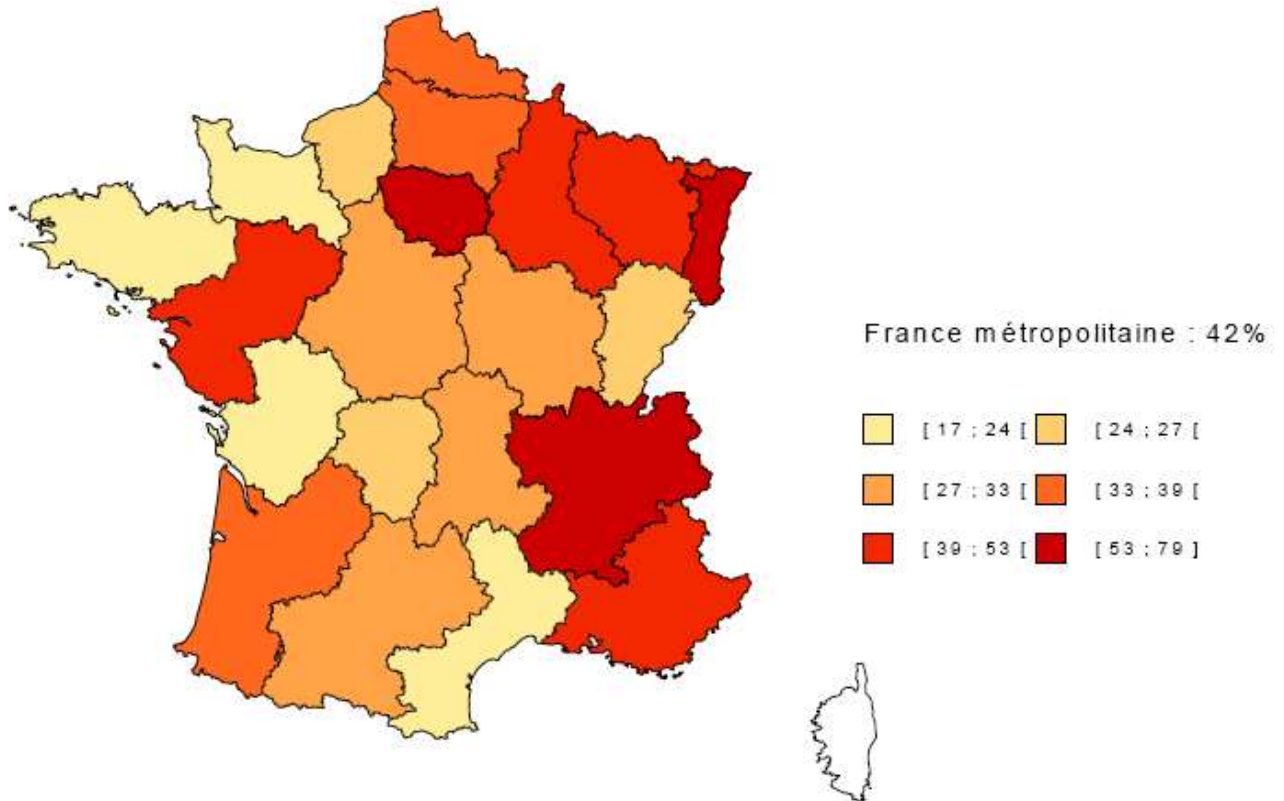
⁴³ Car ils représentent presque un tiers des revenus globaux, dépassements inclus.

⁴⁴ Par ailleurs, si la « notoriété » du praticien peut jouer un rôle, on doit rappeler qu'aucun mécanisme ne relie l'autorité acquise par l'expérience professionnelle au droit de pratiquer la liberté tarifaire. Celle-ci ne dépend que du « début de carrière ».

Taux de dépassement médian des gynécologues en secteur 2



Taux de dépassement médian des chirurgiens en secteur 2



Source : CNAMTS, SNIIRAM 2008. *Retraitements* : secrétariat général du HCAAM
Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 2 ; France métropolitaine.
Note : la région Corse n'a pas été retenue faute d'effectifs suffisants.

Tous ces points étant dits, le plus important est toutefois que la question des dépassements ne peut s'aborder, lorsque l'on prend le point de vue de la rémunération médicale, indépendamment de l'ensemble des composantes qui aboutissent à ce revenu.

Et il n'est pas sûr, à cet égard, que la pratique des dépassements constitue la variable la plus déterminante.

Ainsi, comme le souligne le récent rapport de l'IGAS (janvier 2009) sur la rémunération des médecins hospitaliers, la corrélation des niveaux de dépassements avec les niveaux d'honoraires des praticiens libéraux exerçant en clinique n'est pas établie.

3) Du point de vue du patient : égalité d'accès aux soins et frein au recours aux soins

Pour le patient, c'est – comme l'a d'ailleurs logiquement reconnu la jurisprudence constitutionnelle et administrative analysée supra – la question du coût résiduel global du soin qui prend un sens. Le dépassement n'est donc qu'un aspect de cette question plus vaste, par rapport à laquelle il doit impérativement être mis en perspective, quand on aborde la question « du point de vue de l'assuré » (a).

L'égalité d'accès aux soins de la population et le renoncement soins sont deux réalités distinctes (b) qui mériteraient des outils de mesures complémentaires.

Le dépassement est enfin pour le patient un élément qui brouille la visibilité du système de soins (c).

c) Une triple « globalisation » est nécessaire, si l'on veut aborder le sujet de manière correcte.

a1) Premièrement, les données pertinentes doivent additionner, pour une même personne (ou le cas échéant, un même foyer), l'ensemble des éléments qui restent à sa charge (tickets modérateurs, forfaits journaliers, dépassements).

Les « dépassements » ne sont en effet qu'une partie de la dépense qui n'est pas remboursée ; or c'est cette dépense non remboursée qui a un sens utile.

Pour documenter cet aspect de manière fine, il conviendrait de mener des études – notamment par groupes de population et par territoires - à partir de « chaînages » de l'ensemble des dépenses restant à charge d'un même assuré : tickets modérateurs et ville et à l'hôpital, et dépassements sur les soins en activité libérale (en ville et à l'hôpital).

Or les données auxquelles il est possible aujourd'hui d'avoir accès ne semblent pas permettre aisément ce chaînage, lorsque sont en cause des dépenses hospitalières.

Il y a là à l'évidence un point de connaissance à améliorer.

a2) Deuxièmement, l'impact des dépassements (dans le total des restes à charge) ne peut pas se limiter à leur effet mesuré acte par acte.

Le dépassement peut d'abord concerner un épisode de soin ponctuel et exceptionnel, notamment dans les disciplines chirurgicales. Dans ce cas, il concerne essentiellement un acte principal. Mais il faut y ajouter aussi tous les actes qui concourent, sur un laps de temps donné, et par l'intervention de plusieurs professionnels de santé différents, à une intervention formant un tout indivisible.

Pour cette raison, le rapport de l'IGAS de 2007 sur les dépassements d'honoraires médicaux avait étudié en dégagant le concept « d'épisode de soins », les valeurs moyennes et extrêmes de dépassement pour l'accouchement, la chirurgie du cristallin, la chirurgie de la hanche et la coloscopie.

Ces chiffres, qui portaient sur des données 2005, mériteraient d'être actualisés avec les données les plus récentes :

- en opérant le chaînage avec les autres éléments du « reste à charge » global (tickets modérateurs et forfaits journaliers) ;
- en analysant, compte tenu de la forte territorialisation des pratiques de dépassement, les très vraisemblables disparités territoriales dans le reste à charge global sur un même épisode de soins.

Par ailleurs, l'impact des dépassements mériterait d'être mesuré, en dehors des événements importants et ponctuels, sur le coût global des soins courants au cours d'une période donnée, par exemple une année.

C'est ainsi que, par exemple, on pourrait se proposer de mesurer pour des patients atteints de maladie chronique classée ALD, le reste à charge global sur une certaine durée (une année), en distinguant la part qu'y prennent, d'un côté le reste à charge sur les soins intercurrents, et d'autre part les dépassements, en ville et à l'hôpital, sur l'ensemble des soins dispensés.

Là encore, ces études nécessitent le « chaînage » de soins dispensés dans différents environnements et sur différentes « enveloppes » d'assurance maladie.

a3) Troisièmement, et conformément aux plus récentes orientations de la jurisprudence relative au principe constitutionnel de « droit à la santé », il est indispensable de tenir compte de la couverture complémentaire dont dispose l'assuré (en intégrant, le cas échéant, le coût de cette couverture complémentaire).

La dernière enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires de santé (contrats « modaux »)⁴⁵ permet de dire que, pour deux tiers des personnes couvertes par ces contrats, les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

Ces données, dégagées à partir d'une étude qui se fixe pour but d'établir et documenter une typologie des contrats les plus fréquemment souscrits⁴⁶, mériteraient d'être renforcée par des statistiques portant de l'ensemble des assurés sociaux (afin de connaître le nombre de résidents qui n'ont aucune couverture assurancielle des dépassements d'honoraires).

Là encore, compte tenu de la forte concentration géographique de la pratique de la liberté d'honoraires, il conviendrait que ces chiffres soient territorialisés.

d) Il faut par ailleurs distinguer dans l'approche les deux réalités que sont, d'une part l'inégalité d'accès aux soins, et d'autre part le renoncement aux soins.

Ce sont deux réalités distinctes, par leur portée, leur nature et les outils qu'il est possible de mettre en place pour les mesurer.

Il est à cet égard symptomatique de constater qu'elle font l'objet, au titre de l'objectif n°1 (« assurer un égal accès aux soins ») du programme « Maladie » qui décrit, dans le cadre des

⁴⁵ Voir notamment « Etudes et résultats » n°635 (mai 2008) et n°663 (octobre 2008).

⁴⁶ Les contrats « modaux » individuels représentent 65% des personnes couvertes en santé individuelle (qui sont 51% de la population) les contrats « modaux » collectifs 30% des personnes couvertes en santé collective (qui sont 34% de la population).

« Programmes de qualité et d'efficience » les objectifs des lois de financements de la sécurité sociale, de deux indicateurs de suivi distincts et complémentaires :

- l'indicateur n°1-4 : part de la population résidant dans des départements dans lesquels la proportion de médecins omnipraticiens (respectivement spécialistes) en secteur 2 dépasse 20% (respectivement 50%)⁴⁷ ;
- l'indicateur n°1-5 : écart des taux déclarés de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières, entre d'une part les bénéficiaires de la CMU et d'autre part les bénéficiaires d'une couverture privée.

b1) L'inégalité « financière » dans l'accès aux soins est une réalité essentiellement géographique, qui peut se mesurer par le constat objectif des différences tarifaires d'un territoire à un autre.

Encore faut-il pouvoir mesurer de manière exacte cette inégalité. Les données auxquelles le secrétariat du HCAAM a eu accès ne permettent qu'un raisonnement approché.

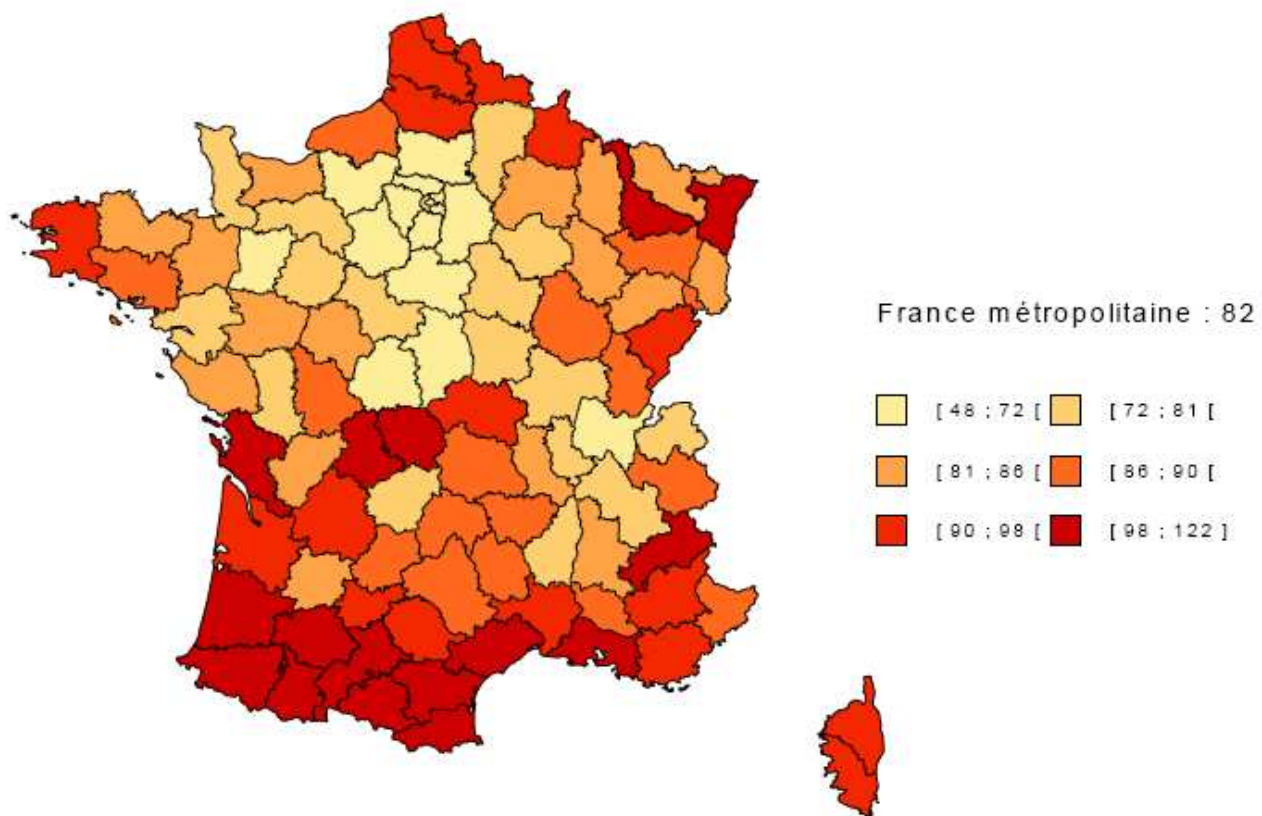
Ainsi, et contrairement à ce retient l'indicateur des « programmes de qualité et d'efficience » (n°1-4) rappelé ci-dessus, l'accès à des soins à des tarifs opposables ne peut pas se mesurer par la seule proportion de médecins « de secteur 1 » ou « de secteur 2 », dans une certaine spécialité et sur un territoire donné (voir les cartes du point B-1 ci-dessus).

En effet, la lecture de ces cartes peut amener à des conclusions partiellement erronées, qui ne tiennent pas compte de la densité, elle-même très variable d'un département à un autre, des praticiens concernés. Une fois tenu compte du facteur correctif introduit par cette densité, on peut avoir une première mesure de l'inégal accès aux soins par les comparaisons de densité de professionnels exerçant en secteur 1, c'est-à-dire du nombre de professionnels libéraux de secteur 1 rapporté à la population générale⁴⁸.

⁴⁷ Cet indicateur (dont on doit considérer qu'il mesure moins l'accès effectif aux soins à tarifs opposables que le caractère dominant des pratiques de tarification sur un territoire donné) est complété d'un autre, égal au « taux de dépassement moyen » des médecins de secteur 2 (défini comme le rapport entre les honoraires issus des dépassements et les honoraires opposables).

⁴⁸ Comme il est dit plus loin dans le texte, ces données sont encore très approchées, et visent à dégager à ce stade la ligne générale du phénomène à observer. Le secrétariat du HCAAM n'a conduit l'analyse que sur quelques spécialités traçantes, n'a pas pu intégrer à ce stade les départements d'Outre-mer, n'a pas pu se baser sur les seuls médecins « exercice à part entière », etc.

Nombre de généralistes en secteur 1 pour 100 000 habitants en 2006



Source : IRDES, Eco-Santé Régions & Départements, Juin 2009.

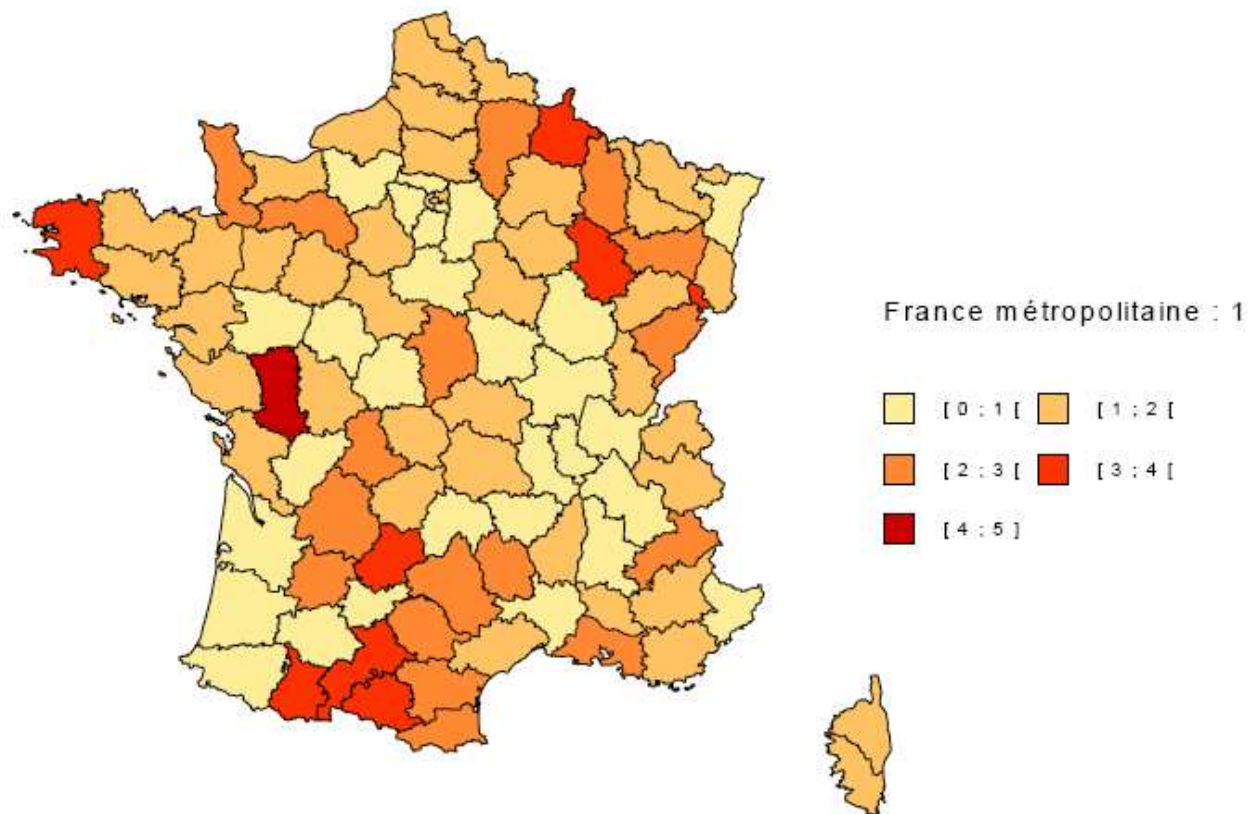
Retraitements : secrétariat général du HCAAM

Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Nombre de spécialistes en secteur 1 pour 100 000 habitants en 2006



Nombre de chirurgiens en secteur 1 pour 100 000 habitants en 2006



Source : IRDES, Eco-Santé Régions & Départements, Juin 2009. Retraitements : secrétariat général du HCAAM. Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Apparaît alors que plusieurs zones ou régions couramment considérées comme « relativement déficitaires » sont, au contraire, relativement favorisées : c'est le cas, par exemple, de l'Alsace ou de la Côte d'Azur, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes (et pour toutes les spécialités étudiées).

A l'inverse, certaines régions qui n'attiraient pas les préoccupations au vu de leur pourcentage de praticiens en secteur 1 (comme les Pays de la Loire ou le Nord-Pas de Calais) se révèlent, en réalité, des territoires où l'accès à des praticiens pratiquant les tarifs opposables est plus difficile qu'ailleurs.

Ce ratio du nombre de médecins « de secteur 1 (hors DP) » reste toutefois extrêmement sommaire.

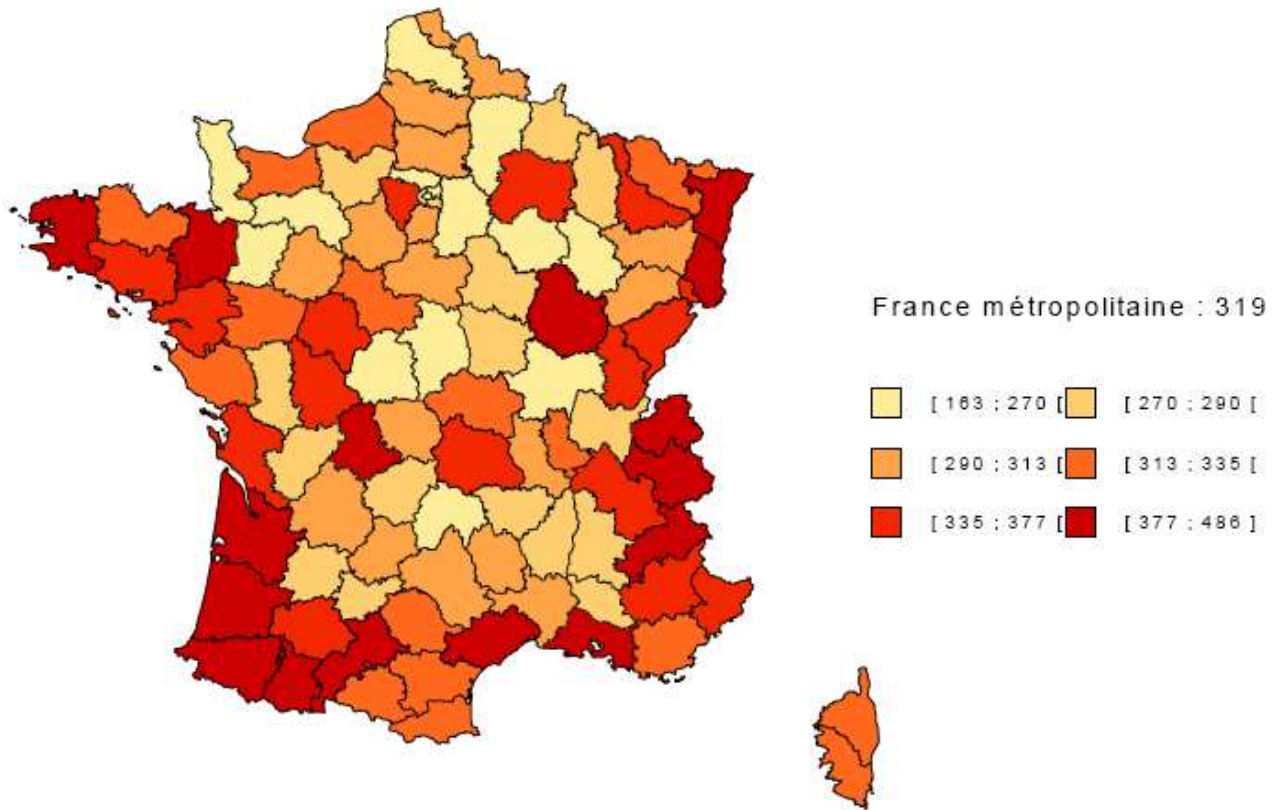
En effet il convient de s'attacher particulièrement, dans l'esprit même du principe constitutionnel de droit à la santé, à la manière dont cette inégalité va jouer sur les publics qui y sont les plus exposés. Ce qui doit conduire à mesurer la densité de médecins de secteur 1 par rapport, non pas seulement à la population générale, mais aussi à la population à bas revenus.

En toute rigueur, puisque la loi rend obligatoire la pratique des tarifs opposables aux bénéficiaires de la CMUC, il serait pertinent de rapporter dans chaque département la population de médecins de secteur 1 aux personnes qui disposent de moins d'un certain revenu de référence, à l'exclusion des bénéficiaires de la CMUC.

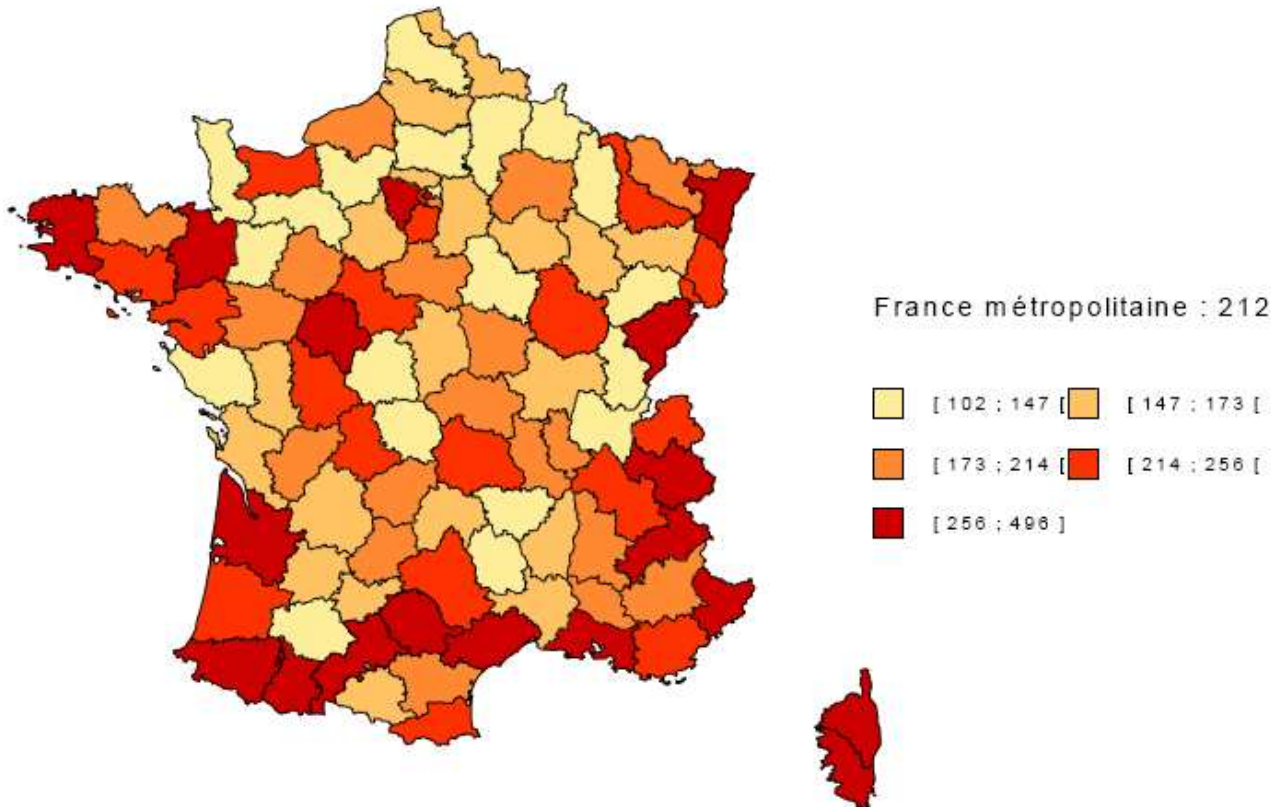
Mais ces données n'étant pas disponibles à la date de rédaction de cette note, il a été retenu le ratio qui rapporte la densité médicale aux nombre de personnes « de niveau de vie égal au SMIC »⁴⁹.

⁴⁹ Pour les personnes seules, il s'agit de celles qui ont un revenu inférieur ou égal au SMIC. Pour les autres, le revenu est calculé en divisant le revenu du foyer par le nombre de personnes, affectées d'un coefficient de pondération dégressif (unité de consommation).

Nombre de généralistes en secteur 1 pour 100 000 habitants ayant un niveau de vie < SMIC en 2006



Nombre de spécialistes en secteur 1 pour 100 000 habitants ayant un niveau de vie < SMIC en 2006



Sources : IRDES, *Eco-Santé Régions & Départements*, Juin 2009 ; INSEE, *Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux 2006*. *Retraitements* : secrétariat général du HCAAM
Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Cette dernière approche modifie encore le classement relatif des régions (renforçant la densité relative de médecins de secteur 1 dans les régions « riches », et l'abaissant de manière très forte dans les régions « pauvres », telles le Nord-Pas de Calais.

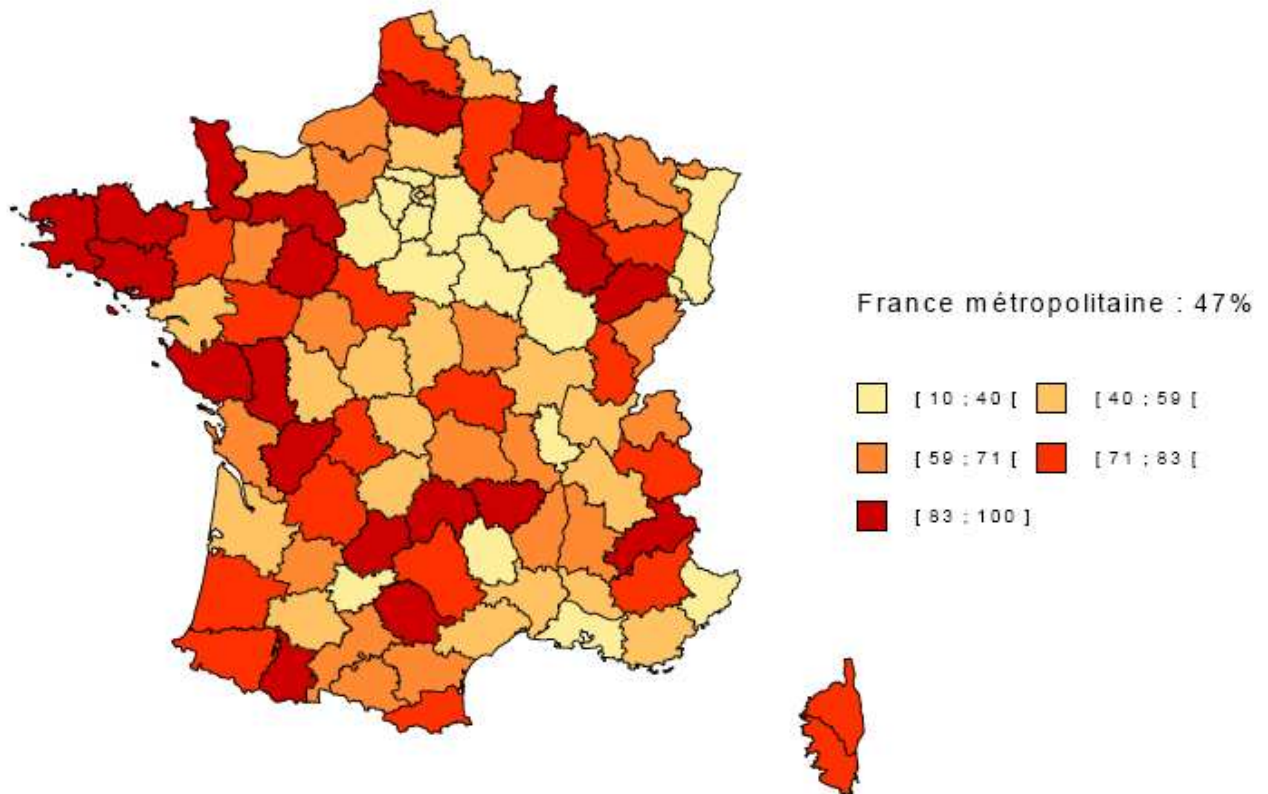
Au total, on peut donc retenir de cette première analyse de principe :

- que les zones relativement « déficitaires » en médecins de secteur 1 ne sont pas celles où la proportion de médecins de secteur 1 est faible, mais celles où leur nombre, rapporté au nombre d'assurés sociaux, est le plus bas. A part la région parisienne, les deux, en général, ne coïncident pas.

- que les écarts de densité médicale (pour les médecins pratiquant systématiquement les tarifs opposables) sont importants. Indépendamment des « difficultés d'accès » à des soins à tarifs opposables, il y a une forte inégalité d'accès à ces mêmes soins sur le territoire.

- que cette réalité peut être variable selon la spécialité analysée, ainsi qu'il est fait ci-dessous, par exemple, pour les gynécologues :

Proportion (%) de gynécologues en secteur 1 en 2006

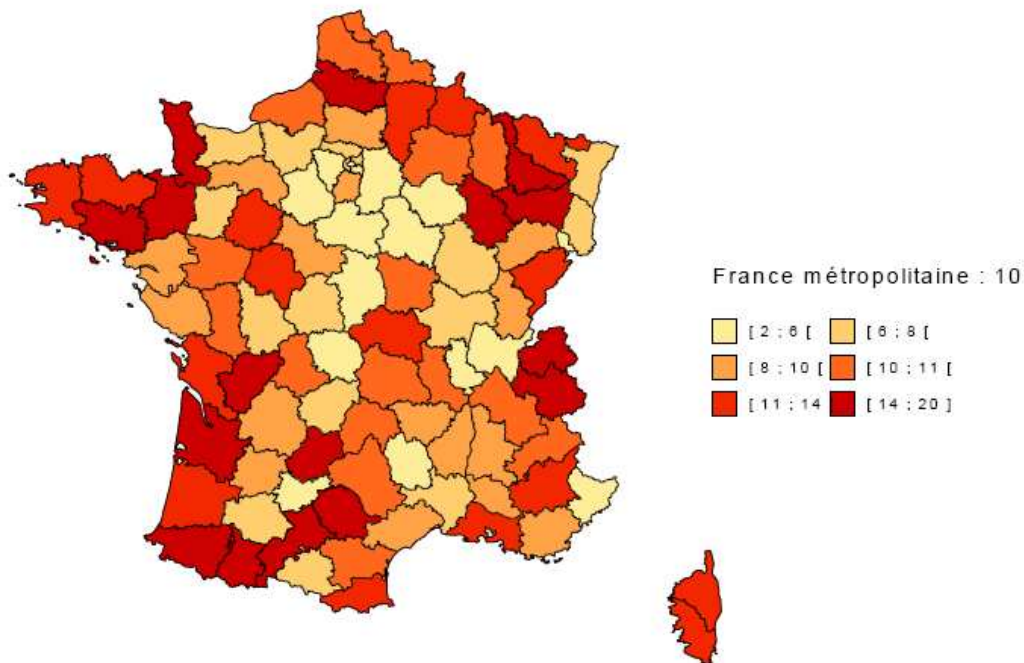


Sources : IRDES, Eco-Santé Régions & Départements, Juin 2009.

Retraitements : secrétariat général du HCAAM

Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Nombre de gynécologues en secteur 1 pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus en 2006



Sources : IRDES, *Eco-Santé Régions & Départements*, Juin 2009

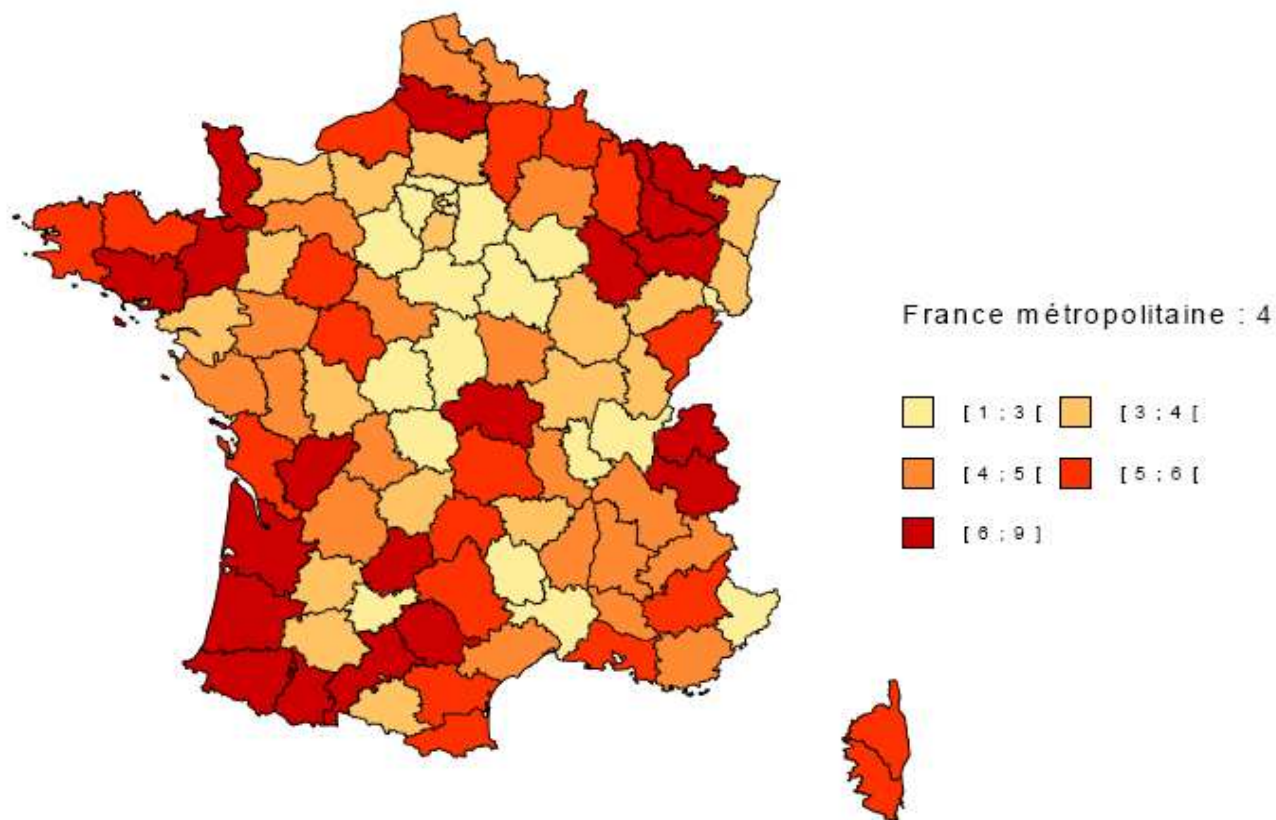
Insee, *évaluation provisoire de la population prenant en compte les résultats des derniers recensements*

Retraitements : secrétariat général du HCAAM

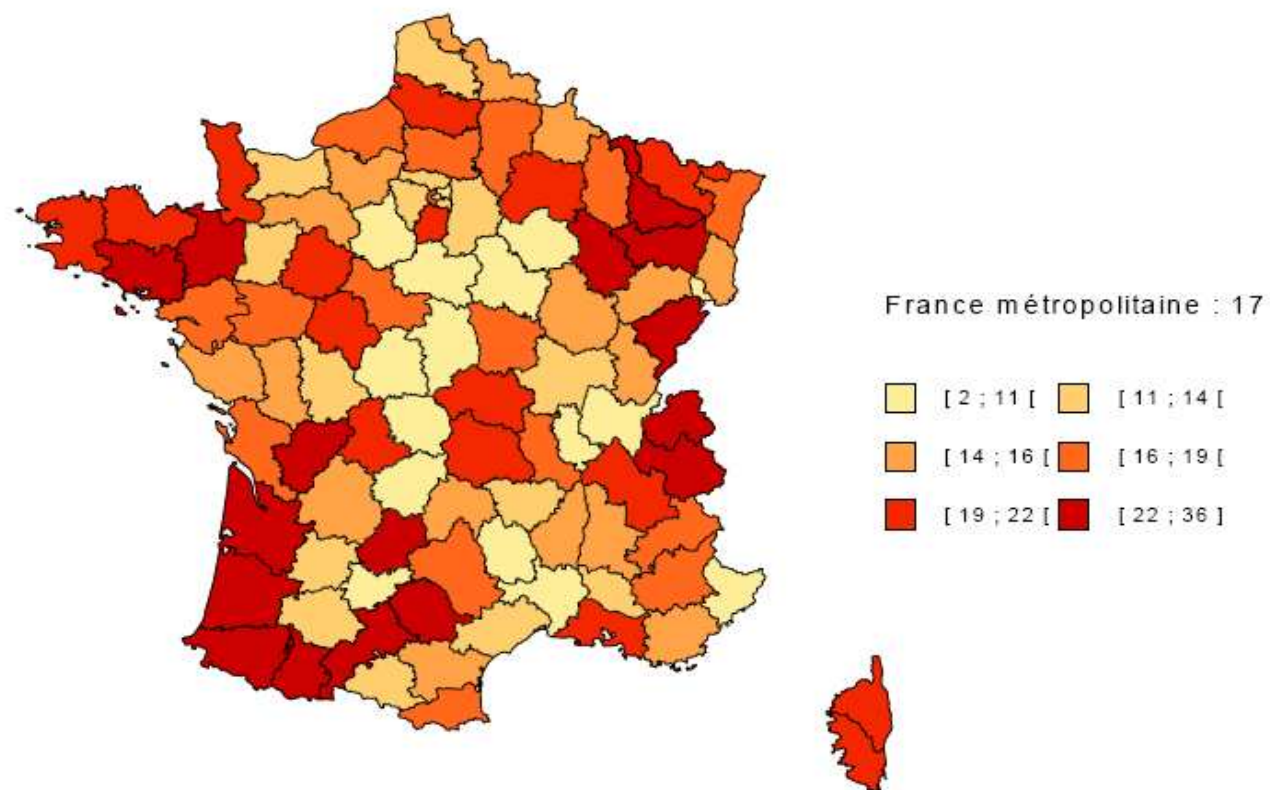
Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Le niveau de vie par département ne pouvant pas être croisé avec la population par sexe, il est impossible de calculer une densité de gynécologues pour 100 000 femmes de plus de 15 ans ayant un niveau de vie inférieur au SMIC. Les deux cartes suivantes présentent donc la densité des gynécologues pour l'ensemble de la population.

Nombre de gynécologues en secteur 1 pour 100 000 habitants en 2006



Nombre de gynécologues en secteur 1 pour 100 000 habitants ayant un niveau de vie < SMIC en 2006



Sources : IRDES, *Eco-Santé Régions & Départements*, Juin 2009 ; INSEE, *Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux 2006*. Retraitements : secrétariat général du HCAAM
 Champ : médecins libéraux conventionnés en secteur 1 ; France métropolitaine.

Il reste que cette approche est encore largement à parfaire.

Premièrement, elle ne tient pas compte de « l'intensité » de l'offre médicale (il faudrait pouvoir pondérer l'offre en fonction de la part d'exercice à temps partiel).

Deuxièmement, en se limitant (à ce stade des études et des données disponibles) aux seuls médecins libéraux, elle néglige l'offre hospitalière publique. Cela renseigne déjà sur l'inégalité dans le recours à la médecine libérale. Mais cela ne donne pas, à proprement parler, la mesure de l'inégalité dans l'accès aux soins à tarifs opposables.

Enfin, et peut-être surtout, elle ne tient pas compte de ce que les médecins qui pratiquent la liberté tarifaire modulent leurs honoraires. On sait par exemple que 14% des actes des chirurgiens exerçant en secteur 2 sont facturés au tarif opposable (respectivement : 3% pour les gynécologues, 17% pour les anesthésistes).

Cette réalité avait notamment été signalée dans le rapport de l'IGAS de 2007 sur les dépassements d'honoraires (cf. tableau ci-contre).

Tableau 24 - Répartition (en %) des effectifs de médecins à honoraires libres selon la part de leurs actes et consultations effectués au tarif opposable (hors bénéficiaires de la CMU complémentaire)

Lecture : 57% des médecins généralistes conventionnés dans un secteur à honoraires libres facturent moins de 10% de leurs actes et consultations aux tarifs opposables ; 20% des médecins généralistes conventionnés dans un secteur à honoraires libres facturent 10% à 20% de leurs actes et consultations aux tarifs opposables.

Part des actes et consultations effectuées au tarif opposable	[0 ;10%]	[10 ;20%]	[20 ;30%]	[30 ;40%]	[40 ;50%]	[50 ;60%]	[60 ;70%]	[70 ;80%]	[80 ;90%]	[90 ;100%]	EFFECTIF TOTAL
Médecine générale	57%	20%	10%	5%	3%	2%	1%	1%	1%	1%	7 453
Anesthésie-réanimation chirurgicale	8%	15%	18%	17%	15%	11%	9%	3%	2%	2%	898
Pathologie cardio-vasculaire	26%	12%	10%	11%	10%	9%	7%	5%	3%	7%	822
Chirurgie générale	16%	16%	20%	18%	13%	8%	4%	2%	1%	1%	2 293
Dermato-vénérologie	79%	12%	6%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1 381
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8%	7%	5%	6%	9%	20%	19%	9%	7%	10%	611
Gynécologie obstétrique	79%	15%	4%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2 888
Gastro-entérologie et hépatologie	10%	21%	19%	16%	14%	8%	5%	3%	1%	2%	777
Médecine interne	54%	9%	4%	6%	5%	6%	6%	4%	1%	4%	289
Neurochirurgie	36%	22%	19%	8%	10%	3%	1%	1%	0%	1%	115
Oto-rhino-laryngologie	57%	24%	10%	5%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	1 275
Pédiatrie	80%	11%	4%	2%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	890
Ophthalmologie	73%	15%	7%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2 449
Chirurgie urologique	23%	21%	23%	18%	8%	4%	2%	1%	0%	1%	559
Chirurgie orthopédique et traumatologie	14%	23%	27%	18%	10%	4%	2%	1%	0%	1%	1 428

Source : CNAMTS, régime général, soins de janvier à juin 2006 liquidés de février à août 2006, ensemble des praticiens libéraux à honoraires libres

Mais l'analyse mériterait, pour être complète, d'être poussée beaucoup plus loin. Les chiffres fournis à l'époque ne renseignaient en effet ni sur la dispersion des taux de dépassement par praticiens, ni sur la nature et le tarif des actes pour lesquels étaient pratiqués les tarifs opposables, ni sur les éventuels – et très vraisemblables – contrastes territoriaux.

A cela s'ajoute que seule une enquête « de terrain », réalisée auprès des médecins eux-mêmes, permettrait de cerner les éléments essentiels de ce libre choix du tarif opposable : pour quels patients ? pour quels motifs ? selon quels critères et régularité ? Etc.

En d'autres termes, aucun diagnostic précis et sérieux de « l'offre à tarifs opposable » ne peut être dressé sans disposer d'une mesure de l'offre qui émane des médecins qui ne sont pas contraints à pratiquer ces tarifs. Il est en effet possible qu'elle pèse de manière non négligeable, au moins dans certaines spécialités et sur certains territoires, précisément pour les personnes à bas revenus. Par ailleurs, elle rejoint le cœur de ce qui doit normalement, sur le plan déontologique, déterminer la fixation des honoraires.

Il faut donc insister pour que cette réalité de la pratique médicale, sur laquelle les données existent et sont aisément accessibles, fasse l'objet de davantage d'études et de connaissance qu'aujourd'hui. Tout en reconnaissant que, indispensable à la qualité du diagnostic qu'on peut porter sur l'offre à tarif opposable, elle ne peut constituer un mode de régulation par elle-même, et ne pourra jamais offrir aux assurés sociaux les mêmes garanties qu'un engagement de principe du médecin à exercer en secteur à tarifs opposables.

La question des inégalités d'accès à des soins à tarifs opposables est ainsi le résultat de la combinaison d'au moins trois inégalités territoriales :

- celle de la densité médicale
- celle des choix de secteur tarifaire
- celle, enfin, des niveaux de revenu de la population

auxquelles s'ajoutent les deux facteurs « correctifs » - eux aussi inégalement répartis - que sont :

- l'accès à l'offre hospitalière publique
- et la pratique ponctuelle des tarifs remboursables par les médecins qui disposent de la liberté tarifaire.

Plusieurs de ces données manquent ou sont imprécises (par exemple, la densité médicale devrait être pondérée de la durée d'exercice, à temps plein ou partiel). Dès lors si, au vu de ces premières approches, on peut soutenir que les zones les plus déficitaires ne sont pas toujours celles que l'on croit, les éléments de connaissance qui permettraient de guider de manière sûre, territoire par territoire, les politiques à conduire, sont encore lacunaires.

Cela n'ôte rien au fait que, quel que soit l'outil (imparfait) que l'on retient, l'inégalité apparaît massive. L'offre à tarif opposable varie, d'un département à l'autre, du simple au double pour les généralistes, et du simple au triple si l'on considère l'accès au généraliste des personnes à bas revenu.

S'agissant des spécialistes, l'écart va couramment, selon les spécialités étudiées par le secrétariat du HCAAM, du simple au décuple.

Il n'est donc pas possible de dire que l'accès à des soins à tarifs opposables est assuré de manière équilibrée sur le territoire.

b2) Le « renoncement aux soins » est une réalité d'une autre nature, qui trouve évidemment sa source essentielle dans l'inégalité « objective » d'accès aux soins précédemment décrite, mais qui relève également d'autres facteurs.

La définition du renoncement aux soins est elle-même susceptible de discussion. Car au-delà du seul renoncement conscient, il faut y ajouter les différés de soins (susceptibles de provoquer, outre les gênes immédiates, une aggravation de l'état de santé), ainsi que le recours à des soins non topiques ou insuffisants.

Par ailleurs, il faut accepter l'inévitable subjectivité des instruments de mesure appliqués à ce phénomène de « renoncement ». En effet, en dehors des soins urgents, le « renoncement aux soins » traduit une décision dans laquelle interviennent de nombreux facteurs psychologiques, sociaux et culturels. Deux personnes placées dans la même situation de santé et de revenu n'auront :

- ni la même perception de leur besoin de soins (condition préalable à l'éventuel « renoncement »)⁵⁰
- ni la même « propension marginale » à consacrer leurs ressources à se soigner⁵¹.

Depuis une dizaine d'années, l'enquête biennale « santé protection sociale » de l'IRDES permet de suivre la réponse à la question « au cours des 12 dernier mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ».

Il est également demandé, en cas de réponse positive, de préciser celui ou ceux des soins auquel il a été renoncé (sans que cette réponse soit guidée par une liste prédéfinie⁵²).

En 2006, sur les 14% de la population qui déclaraient avoir renoncé à des soins pour des motifs financiers, 16% citaient les consultations et soins de spécialistes (soit environ 2,2% de la population totale). Ce chiffre est très proche du chiffre de l'enquête de l'année 2000 (2,3%).

Il est évidemment très difficile d'en donner une interprétation poussée, notamment en raison de ce que la nature et la nécessité des soins auxquels il est renoncé ne peut pas être évaluée. Par ailleurs, dans 80% des cas, les soins auxquels il est renoncé sont déclarés comme étant simplement « différés » dans le temps, ce qui atténue un peu l'importance du chiffre.

Il reste que c'est en tout état de cause un taux non négligeable, et qui est augmenté du fait que, de manière générale, un Français sur dix ne consomme pas de soins de santé au cours d'une année et deux sur trois ne consomment pas de soins de spécialiste. Rapporté à la population

⁵⁰ Ceci est particulièrement illustré par les différences de recours aux soins et démarches de prévention, pour lesquels l'observation peut se faire sur des situations où la gratuité est totale.

⁵¹ Même s'il est très largement admis que les biens de santé sont aujourd'hui des « biens premiers », dont la consommation est ressentie comme prioritaire.

⁵² Une grille de réponses prédéfinie sert en revanche à l'enquêteur pour classer la réponse spontanée.

effectivement concernée par des soins de spécialistes une année donnée, le taux de renoncement pour motif financier est donc certainement supérieur à 2%⁵³.

e) L'existence de dépassement d'honoraires fait perdre au système de soins visibilité et compréhension pour l'assuré.

Pour l'assuré, la dissociation entre la notion de base de remboursement et celle d'honoraires médicaux ne facilite pas la compréhension du système. Deux évolutions récentes devraient permettre à l'assuré de gagner en visibilité :

- l'obligation de produire des devis : depuis le 1er février 2009, les médecins de secteur 2 doivent remettre au patient "une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé", dès lors que le montant des honoraires facturés est égal ou supérieur à 70 € (montant fixé par arrêté du 2 octobre 2008).

- la mise à disposition d'informations tarifaires sur le site internet de l'assurance maladie depuis juillet 2008 : fourchette de prix pratiqués par le praticien de secteur 2 pour une consultation, son prix le plus fréquent, la fréquence auquel il est pratiqué et depuis 2009, prix habituellement pratiqués pour les actes techniques les plus fréquents.

Pour le Conseil, cet effort de transparence des tarifs doit être poursuivi.

III - Scénarios d'évolution

1) Il convient en tout état de cause de faire respecter la loi

Un ensemble d'actions de « retour à la loi » peut s'appliquer à tous les dépassements, en « ville » comme en établissements de santé :

a) La répression des dépassements appliqués de façon illégale aux allocataires de la CMUC

b) La surveillance des taux « aberrants » de DE pour sanctionner les abus de recours

c) La surveillance – et si nécessaire le redressement des pratiques irrégulières – des règles qui régissent l'activité privée des médecins hospitaliers

Comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2009 : « L'activité libérale des praticiens hospitaliers peut outrepasser les limites légales tout en échappant globalement au contrôle (CH d'Epinal, Parthenay, Le Havre parmi bien d'autres). Les hôpitaux eux-mêmes se mettent en infraction lorsqu'ils négligent d'établir les tableaux généraux et les tableaux prévisionnels d'activité ou qu'ils ne font pas remplir les tableaux de service réalisés. »

d) La répression des dépassements appliqués dans les cas d'urgence.

e) Une action plus résolue pour faire respecter le principe de tact et mesure.

L'action disciplinaire, qui peut être adaptée à la sanction des dépassements strictement illégaux (par exemple à l'égard de bénéficiaires de la CMUC), et qui l'est sûrement pour les

⁵³ Mais on ne peut pas l'estimer faute de connaître la proportion de renoncements (pour toutes causes que ce soit) parmi ceux qui ne consultent pas de spécialistes.

cas extrêmes – et exemplaires – de méconnaissance manifeste du « tact et mesure », l'est certainement moins pour la sanction des excès qui relèvent de la pratique moyenne. Cela n'empêche pas de recommander une action plus résolue des institutions en charge d'engager les procédures : conseils départementaux et représentants de l'Etat pour le contentieux disciplinaire, caisses d'assurance maladie pour le contentieux du contrôle technique (sections des assurances sociales des juridictions ordinaires). Un plus grand nombre de saisines aurait également pour effet de préciser la jurisprudence et de fournir ainsi – malgré le caractère forcément casuistique des décisions répressives – de meilleurs guides à la pratique médicale.

Symétriquement, deux autres dispositifs existent :

- en premier lieu, la sanction peut être prononcée sur le fondement de la convention médicale, qui incorpore l'exigence déontologique du « tact et mesure » (point 4.3 de la convention médicale de 2005), et ouvre donc la voie à une sanction conventionnelle sur le fondement de l'abus de dépassement.

- en second lieu, depuis l'ajout, par la LFSS pour 2008, du motif de tact et mesure dans le dispositif de « pénalité » (article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale), une sanction administrative peut également être prise sur cet autre fondement⁵⁴.

Ils reposent sur une logique très différente de sanction administrative, prononcée par les organismes d'assurance maladie : c'est alors le praticien qui saisit le juge administratif, s'il estime que la sanction est injustifiée.

On peut noter que dans ce cadre, il est possible de sanctionner une pratique qui s'écarte de manière globale du « montant moyen de dépassements pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département » (article R.147-6 du code de la sécurité sociale). Alors que les poursuites disciplinaires ne peuvent, elles, en raison de leur nature juridique quasi-pénale, concerner que des « dossiers » individuels précis, faisant l'objet d'une analyse extrêmement circonstanciée.

La panoplie des outils de poursuite à la disposition des pouvoirs publics est donc extrêmement complète. Au point d'ailleurs que, même si elles obéissent à des logiques distinctes, cette coexistence de plusieurs procédures permettant de poursuivre les mêmes faits n'est pas sans soulever quelques interrogations.

2) Le scénario d'augmentation du tarif opposable

Ce scénario répond à un des arguments des professionnels concernés pour qui les dépassements existent parce que les tarifs opposables sont trop bas.

⁵⁴ Décret n° 2008-1527 du 30 décembre 2008 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale : « *Le tact et la mesure dans la facturation à un assuré d'un dépassement d'honoraires. Le respect du tact et de la mesure s'apprécie au regard de la prise en compte dans la fixation des honoraires de la situation financière de l'assuré, de la notoriété du praticien, de la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré, du service rendu au patient, ainsi que du pourcentage d'actes avec dépassement et du montant moyen de dépassement pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département. Le directeur de l'organisme local adresse la mise en garde prévue à l'article R. 147-2 ou la notification prévue au premier alinéa de l'article R. 147-3, indiquant obligatoirement le nombre et le montant des dépassements reprochés. Il en adresse simultanément copie au conseil départemental de l'ordre dont relève, le cas échéant, le professionnel concerné, qui peut engager la procédure prévue aux articles L. 4126-1 et suivants du code de la santé publique. Le directeur de l'organisme local conserve également la possibilité, s'il l'estime nécessaire, d'engager la procédure prévue à l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale* ».

a) En 2006, le législateur avait prévu une augmentation des tarifs opposables pour les médecins de secteur 1 avec ouverture sur une part de l'activité des médecins de secteur 2

On a adopté en 2006 une base législative prévoyant :

- l'augmentation du tarif opposable réservée aux médecins de secteur 1, sur certains segments du système de soins⁵⁵ ;
- et la possibilité pour les médecins du secteur 2 de faire une partie de leurs actes à ce tarif majoré. Ils auraient bénéficié dans ce cas, de la prise en charge des cotisations de sécurité sociale comme en secteur 1.

Ce dispositif avait un double mérite : il améliorait la situation relative des médecins de secteur 1 ; il augmentait le nombre d'actes en tarif opposable, ce qui protégeait les assurés. Mais ce scénario abritait des effets d'aubaine⁵⁶ et sollicitait les finances des régimes de base (les complémentaires, de leur côté, supportant leur part des TO ainsi augmentés en volume et en valeur). En situation tendue, ce scénario supposerait de trouver un gage financier. Ce dispositif n'a pas fait l'objet de proposition précise et la base légale est devenue caduque.

b) Des mesures d'augmentation des tarifs opposables ont déjà été prises

Certaines mesures ont conduit à hausser la base de remboursement des médecins de secteur 1. La création de l'option de coordination en 2005 a ouvert la possibilité d'y associer les médecins de secteur 2 ayant choisi cette option :

- mesures prises suite au protocole d'accord d'août 2004 : majoration de 11,5% sur le tarif des actes chirurgicaux pour les seuls chirurgiens de secteur 1 et pour ceux de secteur 2 ayant choisi l'option de coordination (modificateur k).
- mesures de la convention de janvier 2005 : la majoration forfaitaire transitoire MPC de 2€ n'est applicable qu'aux médecins de secteur 1 ou secteur 2 ayant choisi l'option de coordination ; cette majoration est cumulable avec la majoration de coordination MCS de 3€, également créée pour les médecins de secteur 1 mais ouverte à ceux de secteur 2 ayant choisi l'option de coordination⁵⁷. Ainsi, un patient consultant un médecin spécialiste correspondant est remboursé sur la base de 28€ (18,60€) si le médecin exerce en secteur 1 et sur la base de 23€ (15,10€) s'il est en secteur 2.

c) Depuis la loi HPST, il existe une base légale

L'article 53 de la loi HPST dispose qu'en cas d'absence de conclusion d'un avenant conventionnel sur l'encadrement des dépassements d'honoraires, un arrêté « modifie également les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer ».

3) Le schéma de secteur optionnel fait l'objet d'actives discussions entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats de médecins

⁵⁵ On visait les spécialités concernées par le protocole d'août 2004.

⁵⁶ Dans la mesure où on accorderait la prise en charge des cotisations sociales pour des actes que les spécialistes de secteur 2 font déjà en tarif opposable et que ne pèserait sur eux aucune obligation d'augmentation du quantum de leurs actes au tarif opposable.

⁵⁷ Plus précisément sont concernés les médecins : en secteur 1 ; en secteur 1 avec DP pour les patients bénéficiaires de la CMU-C ; en secteur 2 avec option de coordination ; en secteur 2 pour les patients bénéficiaires de la CMU-C.

a) Le schéma en cours de discussion

a1) il cherche à rendre compatibles des objectifs de nature différente :

- la protection des assurés en garantissant l'application des tarifs opposables pour une partie de l'activité des médecins du secteur optionnel d'une part, de l'intervention recherchée des complémentaires pour prendre en charge les dépassements « normés » d'autre part (encore faut-il bien entendu qu'il y ait suffisamment de médecins en secteur optionnel) ;
- la résorption partielle des différences de « capacité de gain » entre médecins : les médecins du secteur 1 concernés⁵⁸ le cas échéant auraient la possibilité d'augmenter leur revenu (pour 70% de leur activité et à hauteur de 50% au dessus du tarif de la sécurité sociale) ; ce serait également le cas des médecins de secteur 2 optants, qui hésiteraient moins à augmenter leur dépassements dès lors qu'ils seraient assurés de leur solvabilisation par les OC
- intervenir sur les revenus des spécialistes des plateaux techniques dont la situation était, depuis le protocole d'août 2004, jugée prioritaire par les pouvoirs publics et par les partenaires conventionnels (ces spécialités sont les seules à être citées comme bénéficiaires du secteur optionnel dans le document de juillet 2008).
- ne pas trop solliciter les finances de l'assurance maladie ;
- obtenir des engagements de qualité et de pratique professionnelle pour lesquels le point de situation de juillet 2009 se borne à énoncer le principe.

a2) il repose sur les éléments suivants :

- les médecins optants auraient l'obligation de pratiquer les tarifs opposables pour une partie de leur l'activité ;
- les dépassements pratiqués sur le reste de leur activité (dits « maîtrisés ») seraient « normés » ;
- l'adhésion au secteur optionnel se ferait sur une base de volontariat⁵⁹ ;
- le secteur 2 subsisterait ;
- les cotisations complémentaires des assurés et des entreprises augmenteraient.

a3) selon le point d'étape de juillet 2008, auraient vocation à s'inscrire dans le secteur optionnel les médecins de secteur 2, au sein des spécialités exerçant en plateau technique lourd.

Dans ce même document, les syndicats de médecins indiquent qu'ils souhaitent ouvrir le secteur optionnel aux médecins de secteur 1 « *qui, du fait de leur titre, auraient pu s'inscrire en secteur 2* ».

a4) le niveau d'engagement des organismes complémentaires

Le débat est ouvert sur le niveau de prise en charge des OC (tout ou partie des dépassements normés) et sur la question de savoir s'il convient de l'imposer aux complémentaires ou seulement de les y inciter d'une part, de s'en remettre d'autre part au libre jeu du marché, en

⁵⁸ En nombre limité car la première phase ne concernerait que les anciens chefs de clinique exerçant sur plateaux techniques.

⁵⁹ Il est vrai que le volontariat ne signifie pas la même chose selon que l'alternative consiste à s'installer (ou à demeurer) en secteur à honoraires libres, ou que cette voie est fermée. Certains intervenants plaident ainsi pour la fermeture concomitante du secteur II (tantôt pour le seul flux des nouveaux installés, tantôt pour l'ensemble des médecins). Les documents de référence n'en font pas mention au stade actuel.

pariant que les OC choisiront de solvabiliser le secteur optionnel s'il répond à la conception qu'ils s'en font.

b) Eléments d'appréciation

b1) L'adoption du secteur optionnel constituerait une réforme profonde de l'assurance maladie.

- on passerait à une vision nouvelle de l'opposabilité tarifaire obtenue désormais par l'intervention conjointe de la base et de la complémentaire⁶⁰ (dont on sait toutefois qu'elle mutualise moins les cotisations)

- on modifierait les revenus des médecins sans passer par la nomenclature, ce qui est un tournant significatif qui risque de marginaliser la CCAM⁶¹.

La réforme serait d'autant plus profonde qu'il est probable que les médecins souhaiteront élargir le nouveau modèle au-delà des spécialistes intervenant sur les plateaux techniques⁶².

b2) Le taux d'adhésion des médecins de secteur 2 est un des éléments capitaux de l'effectivité du secteur optionnel

Rappelons qu'ils forment une forte majorité des spécialistes intervenant sur les plateaux techniques et que le secteur 2 est la norme pour les nouveaux installés.

Même si, dans l'état actuel du schéma en négociation, la mise en place du secteur optionnel n'apparaît pas liée à la disparition programmée du secteur 2, son succès se mesurera tout de même à la faculté qu'il aura, à terme, d'occuper massivement la place tenue aujourd'hui par le secteur 2. Car si le secteur optionnel devait remplacer le secteur 1 tout en laissant demeurer l'essentiel du secteur 2, le but de protection des assurés ne serait évidemment pas atteint.

Dès lors, si l'on entend maintenir les conditions d'accès au secteur 2 qui valent aujourd'hui, il faut que le secteur optionnel offre une option attractive. En effet dans ce cadre où les médecins du secteur optionnel seraient autorisés à pratiquer des dépassements pour un taux de dépassement maximum mais devraient appliquer les tarifs opposables sur une partie de leurs actes :

- les médecins du secteur 1 auraient par définition tout intérêt à rallier le secteur optionnel.
- les médecins du secteur 2 auraient intérêt au secteur optionnel dès lors que la contrainte « de renoncement aux dépassements » qu'impliquerait l'obligation d'appliquer les tarifs opposables ou des dépassements « normés » pour une partie de leurs actes serait compensée par des éléments de rémunération (on évoque notamment la prise en charge partielle des cotisations sociales).
- le paramétrage du dispositif (quantum des actes en tarif opposable, taux de dépassement autorisé, avantages consentis aux optants du secteur 2, nature de la prise en charge des dépassements « normés » par les couvertures complémentaires...) sera crucial en termes d'effectivité du secteur.
- le risque existe d'une situation où :

⁶⁰ Dans l'approche classique l'opposabilité tarifaire est garantie par le seul régime de base et il y a identité entre le tarif de la sécurité sociale et les honoraires.

⁶¹ La CCAM resterait la base de remboursement et du calcul des dépassements maîtrisés

⁶² C'est la thèse affirmée dès le début par les syndicats de médecins comme l'attestent les documents publics de référence.

1) l'adhésion de médecins qui pratiquent peu de dépassements – et/ou pour des taux peu élevés – rallieraient massivement le secteur optionnel, ce qui se traduirait par une diffusion des dépassements⁶³ à la charge des cotisants des organismes complémentaires

2) dans les zones où les dépassements sont nombreux et de taux élevé⁶⁴ (par exemple en région parisienne) les médecins seraient peu nombreux à adhérer au secteur optionnel, ce qui ferait alors disparaître le bénéfice attendu de protection des assurés de ces zones.

Ce risque pourrait être cantonné par la différenciation par spécialités et territoires de la norme de taux des dépassements normés ; on aurait au lieu d'une référence unique (50% dans les discussions actuelles) un jeu de références différenciées permettant d'éviter une « flambée » des dépassements dans certains cas et un faible taux d'optants dans d'autres.

On peut s'interroger sur la possibilité de maintenir un schéma de ce type, caractérisé par de tels écarts de revenus entre médecins. On pourrait estimer que ce système complexifierait un peu plus la prise en charge par les organismes complémentaires des dépassements normés.

b3) Le secteur optionnel apporterait une augmentation de revenu aux médecins optants

Il conviendrait de disposer d'une estimation de cette augmentation de revenu pour les médecins et des conséquences de son financement pour les organismes de base et complémentaires, sans laquelle l'appréciation du dispositif ne peut être qu'incomplète.

* *

*

On pourrait avoir une conception différente du secteur optionnel en reprenant l'inspiration du §2, consistant à augmenter le TO et ajuster à la baisse les paramètres actuellement discutés des dépassements maîtrisés. Cette approche :

- corrige en partie l'inégalité de revenus entre médecins de secteur 1 et de secteur 2
- sollicite davantage les finances des régimes de base.

4) Deux approches plus limitées et pragmatiques des dépassements en établissements de santé

Le schéma de secteur optionnel peut préfigurer un autre équilibre dans la prise en charge des honoraires des médecins. La CSMF souligne d'ailleurs régulièrement la « vocation » du secteur optionnel à dépasser le champ actuellement exploré des spécialistes travaillant sur les plateaux techniques lourds.

Sa mise en place a de fortes raisons de se révéler délicate⁶⁵ et progressive, tant pour le choix des différents paramètres que par la possible nécessité de passer par des étapes expérimentales.

⁶³ Si les couvertures complémentaires prenaient en charge les dépassements – ce qui est recherché – on ne voit pas pourquoi les médecins du secteur optionnel ne caleraient pas leurs tarifs sur le plafond des dépassements pris en charge.

⁶⁴ Voir cartes page 44 les taux de dépassement médian régionaux.

⁶⁵ Encore faut-il souligner que dans cette analyse on n'a pas abordé la problématique du rapport entre le principe de la convergence et la rémunération des médecins libéraux en cliniques. Hors ces deux éléments ne sont pas sans lien.

C'est pourquoi on pourrait envisager de déployer plus rapidement – sans que cela porte préjudice au déploiement éventuel du secteur optionnel – d'autres mesures plus ponctuelles et plus ciblées sur les principaux « points noirs » de l'accessibilité tarifaire.

Le HCAAM avait ainsi évoqué dans son rapport 2007 l'opportunité d'une approche plus limitée et pragmatique, « centrée sur les établissements de santé. Le cantonnement des dépassements en établissements de santé passerait par le conventionnement entre les ARH et les établissements privés. Cette solution pourrait être limitée aux segments de soins où l'offre en tarif opposable est trop faible. C'est une formule de ce type qui a été proposée par la FHP pour les situations où les établissements privés sont en situation de monopole ».

a) L'Assemblée Nationale avait voté dans la « petite loi » HPST un dispositif de ce type

L'ARS aurait eu à inclure dans les contrats pluriannuels de gestion et de moyens conclus avec les établissements de santé « la garantie, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence ». Dans ce cas, l'établissement pouvait modifier le cas échéant les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale, et le refus par le praticien de réviser son contrat constituait un motif de rupture sans faute.

L'approche était donc doublement ciblée :

- les nouvelles règles n'étaient applicables que pour les établissements de santé (il n'y aurait pas eu d'impact pour les soins en ville)
- on ne prévoyait de recourir à ces règles que lorsque la densité de l'offre en tarifs opposables était localement insuffisante.

Les syndicats de médecins, émus par sa rigueur, ont combattu ce dispositif qui impliquait pour les médecins, sans que leur intervention dans le montage contractuel ait été prévue, non seulement un « renoncement sans contrepartie » à leur régime conventionnel d'honoraires libres, mais aussi la rupture de plein droit et sans indemnité du contrat qui les liait à leur clinique.

Le Sénat – et le gouvernement – se sont opposés à cet article, qui n'a donc pas été retenu dans l'état final du texte, notamment parce qu'il se référait à une situation de monopole absolu du secteur privé estimée très rare par le gouvernement, rendant de fait inopérant le schéma ainsi défini.

b) On pourrait réfléchir à une approche plus « ouverte » qui s'inspire pour partie des positions du CISS

L'ambition du CISS est qu'il existe en tout lieu une offre minimale (selon lui, 50%) en tarif « opposable ou maîtrisé ». Dans un schéma de ce type on sollicite les institutions de couverture complémentaire, appelées à solvabiliser les ménages pour assumer les « dépassements maîtrisés ». Le renoncement demandé aux médecins de secteur 2 est moins draconien dans la mesure où ils gardent la possibilité de pratiquer des dépassements « maîtrisés ».

Par ailleurs, un dispositif de ce type serait plus facilement acceptable si l'ARS était habilitée à verser à la clinique privée une enveloppe permettant « d'indemniser » pour partie les

médecins appelés à pratiquer en tarif opposable ou maîtrisé. C'est cette logique qui a d'ailleurs prévalu avec la création de l'indemnité de service public exclusif accordée aux médecins qui renoncent à leur droit d'avoir une activité libérale dans leur hôpital.

Cette solution très circonscrite (elle n'interfererait pas avec les négociations sur le secteur optionnel et n'aurait nullement pour effet ou pour ambition de préfigurer une architecture nouvelle du système de remboursement) se rapprocherait, par deux aspects importants, de l'amendement qui avait été proposé et adopté par l'Assemblée nationale : il s'agirait en effet d'une approche locale, à l'initiative de l'ARS, et limitée à certaines spécialités ou certains types d'actes.

En revanche, elle s'en distinguerait par des assouplissements ménagés sur trois points :

- Le caractère négocié du dispositif, entre l'ARS et une clinique et un groupe de cliniques. La négociation pouvant porter, soit sur des actes précis, soit sur des « épisodes de soins » pris globalement en charge par le plateau technique d'une clinique, soit encore sur des soins délivrés dans le cadre d'un parcours défini (orientation de patients par des services hospitaliers ou par des médecins de ville, par exemple).
- La faculté de convenir, selon les situations locales, non pas d'une application stricte des tarifs opposables, mais d'un certain pourcentage maîtrisé de dépassements, sur tout ou partie de l'activité. Sur ce point, le dispositif pourrait servir de test au calibrage de certains paramètres du secteur optionnel.
- L'existence enfin d'une contrepartie financière, versée à la clinique à charge pour elle de rétrocéder la somme aux médecins engagés dans le dispositif de dépassements maîtrisés. Il s'agirait en quelque sorte de « racheter » aux médecins du secteur 2 une part de leur droit à dépassement. Hypothèse que certains pourraient trouver discutable, car le droit à indemnisation supposerait qu'il existe, juridiquement parlant, un droit personnel de type patrimonial à la pratique de liberté tarifaire, ce qui n'est pas le cas. Mais elle a le mérite d'un relatif réalisme.

5) La place des complémentaires dans les différents scénarios

Les OC seraient appelés à contribution dans tous les scénarios analysés ci-dessus mais de façon inégale.

C'est dans le scénario du secteur optionnel que leur engagement est potentiellement le plus important. Dans ce schéma, c'est de la nature et du niveau de leur contribution que dépendra le degré d'atteinte d'un des objectifs du secteur optionnel, celui d'assurer la protection des assurés par une opposabilité tarifaire intégrée, garantie par les régimes de base et les complémentaires. Du point de vue de l'assuré, l'idéal est de bénéficier d'une garantie intégrale et systématique, dans une forme d'opposabilité intégrée.

6) L'avenir du secteur 2

Le dispositif décrit dans le protocole de juillet 2008 ne prévoit aucune modification du régime du secteur 2, ce qui est cohérent avec le concept de réversibilité de l'option (« *le choix de ce secteur est réversible* »).

Certains ont pourtant jugé pertinent qu'on réexamine le régime du secteur 2. Ainsi, en juillet 2008 l'UNCAM et l'UNOCAM ont indiqué dans le point de situation qu'elles souhaitaient « *une réflexion concomitante sur la régulation et l'évolution du secteur 2* ».

Resterait à déterminer s'il convient que les OC de modifier la prise en charge des dépassements en secteur 2.

Parmi les pistes envisagées, certains évoquent :

- le recours aux contrats responsables afin de modifier la prise en charge des dépassements en secteur 2. Les avantages sociaux et fiscaux seraient supprimés pour les contrats qui prendraient en charge les dépassements de secteur 2 au-delà des dépassements maîtrisés ;
- de réserver les avantages sociaux et fiscaux aux contrats qui ne prennent en charge que les dépassements du secteur optionnel. Dans ces matières, le recours à la technique du contrat responsable devrait faire l'objet d'un examen très attentif pour éviter que peu à peu la multiplication de ces recours conduise à l'affaiblissement de la logique de marché.

CHAPITRE III - LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE**I - Le concept de maîtrise médicalisée**

Le concept de maîtrise médicalisée de la dépense de santé est né de la volonté de faire de l'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses l'affaire conjointe de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

L'idée d'origine est la mise en œuvre d'instruments de maîtrise médicalisée doit permettre de concilier la qualité des soins et le respect des contraintes financières. Pour reprendre la définition du Littré⁶⁶, la qualité des soins serait en quelque sorte la « force supérieure » permettant de dompter l'évolution des dépenses.

Depuis 1993 où la notion apparaît dans les textes conventionnels pour la première fois en application de la loi Teulade, la maîtrise médicalisée semble fondée sur deux caractéristiques qui la distinguent de la maîtrise comptable : son objectif et ses voies d'action.

La maîtrise médicalisée ayant toujours été située dans un contexte économique de ressources rares, on pense souvent que le résultat attendu de sa mise en œuvre est la réalisation d'économies. En fait, ce qui est en cause, c'est l'efficacité du système. Si la maîtrise médicalisée apparaît alors comme un des éléments constitutifs de régulation des dépenses, l'impératif de qualité de la prise en charge doit prévaloir même s'il conduit à leur augmentation.

Définition de la maîtrise médicalisée par les partenaires conventionnels

- en 1993 : « adapter la pratique médicale, en particulier par la mise en œuvre du dispositif de coordination des soins et de continuité des soins dans le but d'améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses »

- en 1998⁶⁷ « La maîtrise médicalisée ... a pour finalité d'infléchir les comportements dans une recherche constante d'amélioration de la qualité. Elle contribue ainsi à améliorer l'efficacité du système de soins. »

- en 2005 : « Les parties s'engagent ensemble sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés. Conscient de la gravité de la situation financière de l'assurance maladie, leur objectif est d'améliorer l'efficacité de notre système de soins. ».

1) Les caractéristiques de la maîtrise médicalisée la distinguent clairement de la maîtrise comptable.**a) L'objectif de la maîtrise médicalisée : l'amélioration de la qualité des soins**

La première caractéristique de la maîtrise médicalisée tient à son objectif d'optimisation des pratiques médicales pour rechercher l'amélioration de la qualité des soins.

⁶⁶ Maîtriser, c'est « dompter par une force supérieure ».

⁶⁷ Article 4-1 de la Convention nationale des médecins généralistes approuvée par arrêté du 4 décembre 1998.

Cet objectif est fondé sur l'observation de l'importance de l'hétérogénéité des pratiques médicales, sans que celle-ci puisse être expliquée par des conditions épidémiologiques particulières ou des cas cliniques spécifiques⁶⁸.

Cette hétérogénéité traduit en partie la singularité du produit qu'est le soin : en matière médicale, il est admis que le poids de l'incertitude et la complexité du processus décisionnel peuvent être considérés comme des créateurs a priori de différence.

Mais l'analyse économique avance également l'hypothèse que l'hétérogénéité est un marqueur d'inefficience du système de soins : elle traduirait non seulement l'incertitude, mais aussi l'absence de consensus sur ce qui serait la meilleure pratique. Or, si dans des conditions identiques la prise en charge médicale varie, ce sont à la fois la qualité et l'égalité de traitement qui sont en cause.

C'est cette hypothèse qui justifie la recherche d'une optimisation de la qualité.

Sur ce point, la maîtrise médicalisée se distingue de la maîtrise comptable dont l'objectif est l'équilibre financier des comptes de l'assurance maladie.

b) Les voies d'action : l'engagement des partenaires conventionnels

La seconde caractéristique de la maîtrise médicalisée est d'être portée par les acteurs conventionnels. La maîtrise comptable peut émaner du seul régulateur. Les mesures de politique de santé qui en relèvent peuvent ne pas être le fruit d'accords conventionnels et être mises en œuvre par les seuls pouvoirs publics.

La fixation d'enveloppes fermées ou le mécanisme de lettres clé flottantes sont typiques de la maîtrise dite « comptable ».

Au contraire, la maîtrise médicalisée est ainsi conçue que seul l'engagement de l'assurance maladie et des professionnels de santé est en mesure de la mettre en œuvre.

2) La nature de la maîtrise médicalisée

a) Un outil médico économique permettant la recherche d'efficience

La recherche de la qualité des soins se traduit par l'introduction dans la pratique médicale, pour autant qu'elles existent, de règles de l'art précises, consensuelles et formalisées. En principe, l'application de telles règles ne conduit pas simplement à limiter voire supprimer des actes et prescriptions inutiles ou dangereuses. Elle peut conduire également à mieux cibler les populations lors de la prescription médicale afin d'assurer une prise en charge améliorée des populations les plus particulièrement à risque.

Dans le premier cas, le résultat de sa mise en œuvre est une moindre consommation, dans le second cas, une consommation supplémentaire.

Si l'observation de la plus stricte économie, inscrite dans la loi depuis les ordonnances de 1996⁶⁹, est un principe respecté, l'efficience peut être atteinte dans les deux cas. Pour un objectif de santé donné, l'utilisation des ressources est soit diminuée, soit augmentée mais de la manière la plus efficace possible.

Dans l'évaluation des résultats de la maîtrise médicalisée, ces deux types de situations devraient en tout état de cause être mesurés afin de valoriser, le cas échéant, les améliorations de prises en charge tout autant que les économies atteintes.

⁶⁸ Dossier « les pratiques médicales : hétérogénéité et rationalisation », Sciences sociales et santé décembre 1998.

⁶⁹ Article L162-2-1 du code de la sécurité sociale « Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».

b) Un des éléments du dispositif de régulation de la dépense de santé

Depuis l'origine, les partenaires conventionnels ont associé l'exigence de qualité des pratiques médicales à un contexte déficitaire des comptes de l'assurance maladie, comme le rappelle le préambule de la convention nationale de 1993 : « *Les parties signataires se déclarent conscientes des difficultés économiques résultant de la conjoncture et de leurs conséquences sur les recettes de l'assurance maladie. Elles contribuent, chacune pour ce qui la concerne, à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses médicales tout en développant une médecine de qualité.* ».

Depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale, les gouvernements tentent d'asseoir la politique de régulation des dépenses de soins sur la recherche de la qualité des soins et de l'optimisation de la dépense. Le développement de la maîtrise médicalisée participe à cette politique.

Dans ce cadre, le programme de qualité et d'efficience « Maladie », annexé à la loi de financement pour 2009, documente désormais les progrès réalisés dans le bon usage des soins et des biens médicaux. Le programme suit plus particulièrement l'indicateur suivant : le taux d'atteinte des objectifs conventionnels, déterminés en volume et établis annuellement par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé.

Dans le but de consolider la crédibilité de ces objectifs, ce taux d'atteinte (73% en 2006 et 61% en 2007) a été assorti d'un objectif de réalisation annuel. Ainsi, à partir de 2008, l'objectif de réalisation doit être constamment supérieur à 80 % des économies prévues au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. Cet objectif de 80% traduit la volonté des pouvoirs publics d'augmenter le rendement de la maîtrise médicalisée.

Cependant, dans la mesure où la maîtrise médicalisée agit par le biais de changements de comportements, les résultats ne peuvent être obtenus que dans le temps.

Aussi, pour garantir l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, il est logique qu'on adopte si nécessaire des outils d'autre nature que ceux de la maîtrise médicalisée et dont le rendement et l'immédiateté de mise en œuvre contrastent avec les résultats modérés et progressifs de la maîtrise médicalisée.

Le déclenchement de la procédure d'alerte en 2007 en est une illustration.

A la suite de sa notification de mai 2007⁷⁰, le Comité d'alerte rend un avis sur l'impact financier des mesures de redressement proposées par les trois grandes Caisses nationales d'assurance maladie⁷¹. Il estime le montant total d'économies liées à l'ensemble des mesures proposées par les trois caisses compris entre 1,6 et 2,4 Md€. Pour parvenir à ce montant, les caisses proposent des mesures portant notamment sur :

- des modifications de règles de remboursement (modification du plafond journalier de la participation forfaitaire de 1 €, pénalisation des consultations réalisées hors parcours de soins, limitation de la prise en charge des transports pour les ALD de longue durée, Remboursement à 35 % des médicaments à service médical rendu faible ou modéré pour les patients en ALD),
- des modifications de tarifs (adaptation des tarifs de certains actes médicaux, réduction des tarifs de certains dispositifs médicaux),
- le médicament (accélération de la pénétration des médicaments génériques, baisses de prix ciblées sur certains médicaments)
- ou encore la consolidation de la lutte contre les abus et la fraude.

L'économie attendue en année pleine de mesures portant sur l'extension de la maîtrise médicalisée en ville⁷², estimée à : 50 M€ et celle portant sur la maîtrise médicalisée à l'hôpital (accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire par l'évolution des tarifs pour 18 GHM), estimée à 150 M€, contribue respectivement pour environ 2% et 6% au plan total d'économies.

On voit bien que la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée n'épuise pas la question du bouclage des comptes de l'assurance maladie.

II - Les outils nécessaires à la maîtrise médicalisée

Elaborer des objectifs de maîtrise médicalisée dans des conditions d'acceptabilité suffisante pour les professionnels suppose que soient réunies deux conditions essentielles et liées.

La première est une connaissance fine de la pratique effective des médecins afin de disposer des indicateurs qui permettent un suivi des inadéquations éventuelles des comportements. La seconde est de fonder les objectifs à atteindre sur des pratiques dont les références en termes de qualité ne font pas débat.

C'est le développement concomitant des systèmes d'information et de l'élaboration de référence de qualité qui a permis de poser les bases d'une politique de maîtrise médicalisée suffisamment solide pour perdurer, malgré les manques ressentis sur d'autres types d'outils et notamment le système de coordination des soins.

⁷⁰ Le dépassement prévu de l'objectif fixé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale en 2007 déclenche la procédure d'alerte. L'avis du comité d'alerte rendu le 31 mai 2007 établit qu'en l'absence de mesures correctrices, les dépenses 2007 dans le champ de l'ONDAM devraient être supérieures de 2 Md€ à l'objectif.

⁷¹ Avis n° 5 du Comité d'alerte sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie du 29 juin 2007.

⁷² Ces mesures étaient les suivantes : un meilleur usage des stents (moins de recours aux stents actifs), l'association des infirmières à la vaccination antigrippale et la diminution du nombre des visites à domicile (ramener le rapport des visites aux consultations et visites autour de 10 % contre 14 % actuellement).

A) Des outils pour connaître les comportements

Le HCAAM en 2004 notait que la qualité des soins appelait « *de nombreux progrès dans la collecte, le rapprochement, le partage de données relatives aux pratiques soignantes et aux parcours médicaux* ».

La CNAMTS a publié différentes présentations des outils d'information de l'assurance maladie⁷³ qui montrent l'avancée considérable en ce domaine depuis les Ordonnances d'avril 1996.

Cette mutation importante des systèmes d'information de l'assurance maladie traduit une double évolution dans l'approche de la régulation de la dépense de santé.

Tout d'abord le cadre de pensée de la régulation financière des dépenses de santé a évolué : l'idée que la régulation doit être essentiellement pensée sur le mode collectif en pesant sur les agrégats financiers est progressivement remplacée par la conviction que la régulation doit viser davantage l'efficacité de la dépense. Or la mesure de l'efficacité passe par une meilleure compréhension des déterminants de la dépense afin de pouvoir peser davantage sur les comportements.

La seconde évolution concerne les modes de rémunération des professionnels et de financement des établissements de santé. Deux réformes sont mises en œuvre à partir de 2005 : la tarification à l'activité dans les établissements de santé (T2A) et la classification détaillée des actes médicaux, au moins pour les actes techniques (CCAM).

Ces évolutions ont favorisé l'émergence d'un système d'information détaillé.

1) La mise en place d'un système d'information détaillé et unifié de l'assurance maladie

a) Le SNIIR-AM constitue un système d'information médicalisée détaillé

Le système d'information actuel de l'assurance maladie s'est constitué en trois étapes législatives essentielles :

- les ordonnances d'avril 1996 qui ont promu une transparence inter-régimes de l'assurance maladie et créant un répertoire destiné à identifier tous les bénéficiaires de l'assurance maladie (et non plus du seul assuré),
- la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui a créé le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) qui rassemble la plupart des informations issues du système de remboursement,
- la loi d'août 2004 qui trace un parcours de soins entre médecins et organise la circulation de l'information entre médecins traitants et correspondants.

Le législateur lui a fixé comme objectif de contribuer à :

- la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses et par professionnel ou établissement
- la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité et leurs recettes, et s'il y a lieu à leurs prescriptions
- la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques de santé publique.

⁷³ « Le système d'information de l'assurance maladie, le SNIIR-AM et les échantillons de bénéficiaires. », Courrier des statistiques n°113-114, CNAMTS, 2005 ; « L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescriptions : quelques exemples », Points de repère janvier 2008, CNAMTS.

Le système national d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIR-AM) est donc un fichier de consommations de soins remboursés qui par ses caractéristiques, constitue désormais un système d'information médicalisé :

- les données de consommation remboursées sont exhaustives : issues de tous les régimes, en médecine de ville, en établissements médico-sociaux et en hospitalisation ;
- elles sont individualisées et chaînées : rapportées au bénéficiaire, les données sont chaînées avec les données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁷⁴ ;
- elles sont anonymes : l'anonymat des personnes ayant bénéficié des prestations de soins assuré par le passage successif de deux fonctions d'anonymisation ;
- elles sont médicalisées grâce au système de codage (voir au b).

Les limites du système portent notamment sur :

- l'historique des soins dispensés au patient : durée de conservation des données est limitée à deux ans au-delà de l'année en cours ;
- les consommations non remboursée (automédication par exemple) ;
- les caractéristiques socio économiques des bénéficiaires et leur couverture sociale ;
- la maladie traitée et le diagnostic.

b) L'échantillon inter-régime des bénéficiaires

La masse d'information considérable d'information traitée (à titre d'exemple : plus de 2,5 milliards de boîtes de médicaments sont remboursées chaque année par la sécurité sociale) conduit à privilégier le travail sur échantillon.

Un décret de juin 2005 a autorisé la constitution d'un échantillon de bénéficiaires au 1/100^{ème} (appelé EGB). D'ici fin 2009, l'échantillon actuellement régime général (500 000 personnes) devrait intégrer le régime social des indépendants (RSI) et la Mutualité sociale agricole (MSA) (600 000 personnes).

C'est un panel dont la durée de vie est de 20 ans. Il permet ainsi de suivre un échantillon de personnes couvertes par les régimes, indépendamment de leur consommation effective et ouvre un champ d'analyse nouveau par rapport au SNIIR-AM et notamment : analyse d'impact d'action à plus ou moins long terme, durée des périodes de non recours aux soins, facteur influant sur la consommation, évolution des conditions de droits ouverts.

2) Le codage des biens et des services et des pathologies

La connaissance du contenu médical des soins s'est améliorée avec le codage :

- des médicaments en ville débuté en 1997 et en routine depuis 1999 avec le code CIP ;
- des dispositifs médicaux depuis 1997 selon la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ;
- des actes de biologie médicale effectif depuis 1998 : le codage permet de connaître la structure des dépenses de biologie médicale pour les actes réalisés en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de santé privé à but lucratif (4,2 Md€ en 2007) ;
- les actes médicaux cliniques selon la Nomenclature générale des actes et prestations (NGAP) ;
- des actes médicaux techniques effectués par les médecins et les chirurgiens-dentistes depuis 2005 selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;

⁷⁴ Les données ainsi chaînées ne sont cependant pas accessibles aux utilisateurs extérieurs du SNIIRAM.

- des médicaments rétrocedés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé depuis le 1^{er} janvier 2009 (les établissements transmettent dorénavant les informations décrivant les médicaments rétrocedés avec le code UCD).

Le codage des pathologies n'est pas réalisé. La connaissance des pathologies s'est néanmoins améliorée avec :

- le codage des maladies exonérantes : la Cour avait dénoncé en 2004 l'impossibilité de lier, même de manière anonyme, le montant des remboursements et le numéro de l'ALD. Désormais ces pathologies sont codées pour chaque patient en ALD et peuvent être rapprochées des consommations médicales ;
- le repérage de certaines pathologies à partir de consommation de médicaments ; c'est notamment le cas des personnes traitées pour diabète, qu'elles soient ou non en ALD ;
- la connaissance des diagnostics et actes majeurs lors des séjours hospitaliers grâce à l'appariement des données de remboursement de l'assurance maladie avec les données issues du PMSI depuis 2006.

3) Les avancées du parcours de soins

Les mécanismes favorisant la coordination des soins contribuent à mieux connaître les pratiques en reconstituant les parcours individuels.

C'est le cas du parcours de soins coordonnés, tracé par la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie, qui organise la circulation des informations entre médecins traitants et médecins correspondants. Cette forme de coordination des soins permet désormais à l'assurance maladie de chaîner les événements médicaux et les prescriptions qui s'y rattachent.

4) L'utilisation de ces outils

Dans son Point de repère de janvier 2008, la CNAMTS expose trois exemples d'analyse des pratiques de prescription rendues désormais possibles par l'utilisation du système d'information et qui constituent des démarches innovantes.

a) Suivi des changements de comportements de prescription de statines

La Cnamts ayant conclu de ses études qu'une part des remboursements de statines, en 2004, résultait de prescriptions injustifiées au regard des critères adoptés par les experts, mène des actions de sensibilisation aux recommandations de bonne pratique auprès des médecins prescripteurs.

Pour juger de l'impact de ces actions de sensibilisation, la CNAMTS doit suivre l'évolution des mises sous traitements par statines de 2004 à 2008. L'exploitation de l'échantillon de bénéficiaires permet de réaliser une telle étude : on observe une diminution à partir de 2005. Cette diminution globale est accompagnée, sur la même période, d'une augmentation dont il faut se féliciter : celle de la proportion de patients diabétiques, à haut risque cardio vasculaire, traités par statines. L'exploitation de l'EGB a ainsi permis de suivre la dynamique de prescription au cours du temps mais aussi d'apporter un élément de réponse à la question d'un meilleur ciblage des patients.

b) La recherche d'optimisation des processus de soins en rapprochant les soins ambulatoires et hospitaliers

Dans le domaine de la rééducation post opératoire, les recommandations de la Haute autorité de santé précisent que certains actes (l'arthroscopie du genou, la libération du canal carpien et la prothèse de hanche notamment) ne nécessitent pas de recourir à des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation lorsqu'une rééducation est nécessaire. Celle-ci peut avoir lieu dans le cadre ambulatoire. En recoupant les données du PMSI et les données de remboursement de l'assurance maladie, il a été possible de tracer les différents parcours de soins de patients. Une telle étude ne permet pas de distinguer parmi ces patients ceux qui, du fait notamment de leur isolement social présentaient des contre-indications à la rééducation en ville, mais elle montre que l'on peut estimer l'économie pour l'assurance maladie d'une optimisation du parcours de soins.

c) Le respect des règles d'exonération du ticket modérateur (TM) pour les patients en ALD

La CNAMTS observe que l'indicateur dit « ratio bizona » (c'est-à-dire le rapport des dépenses prises en charge à 100% à l'ensemble des dépenses des personnes en ALD) augmente régulièrement. En croisant les données de remboursement de médicaments du SNIIRAM avec l'ALD de chaque patient, il a été possible d'une part de constater les écarts de pratiques sur le territoire (la part de médicaments sans rapport avec l'ALD varie dans un rapport de 1 à 4 selon les départements) ; d'autre part d'envoyer à chaque médecin un reflet de sa pratique.

*

* *

La masse des informations désormais disponibles et le faible coût de leur exploitation permettent d'établir des documents qui mettent en lumière la variabilité des pratiques entre professionnels de santé et entre territoires.

B) Des outils pour asseoir la maîtrise médicalisée sur la qualité des soins**1) La production de documents de « référence qualité » par la HAS****a) Le champ couvert par les recommandations de bonnes pratiques de la HAS**

220 recommandations sont publiées : 58 guides ALD depuis 2006 et 162 recommandations professionnelles depuis 1997.

Un tableau transmis par la HAS présente, par ALD, le type de références disponibles ou en cours concernant les différentes ALD (Annexe 4).

Le champ des ALD est désormais couvert par des guides médecins (hormis l'ALD 12, HTA sévère et l'ALD 28, suites de transplantation d'organes) révisés tous les trois ans. Les listes des actes et prestations accompagnant les guides (LAP) décrivent le parcours de soins précis d'un malade admis en ALD au titre de la maladie considérée et servent de base à l'établissement du protocole de soins établi par le médecin traitant, conjointement avec le médecin conseil et d'autres médecins correspondants et en lien avec le patient. Elles sont actualisées au minimum une fois par an.

La HAS réalise également un guide patient à la suite du guide médecin remis par le médecin traitant à tout nouveau patient admis en ALD, sauf exceptions liées à la maladie et en dehors

des maladies rares pour lesquelles Orphanet⁷⁵ réalise des documents d'information grand public.

b) Le développement des fiches de bon usage pour les nouveaux médicaments

14 fiches ont été publiées depuis 2007.

Depuis la loi de financement pour 2009, leur contenu évolue vers un contenu plus médico-économique⁷⁶. La HAS peut désormais établir des recommandations hiérarchisées en fonction de l'efficacité dans chacune des indications listées sous la forme la plus opérationnelle possible (arbre décisionnel, chemin clinique...). L'utilisation pour le prescripteur doit en être facilitée.

La HAS a investi cette nouvelle mission dans le champ des pathologies comme l'hypertension artérielle (HTA), l'hypercholestérolémie ou l'ulcère. Les premiers avis médico-économiques ont porté sur l'intérêt relatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des sartans dans la prise en charge de l'HTA. Les conclusions, parues en octobre 2008 sous la forme de Fiche de Bon usage du médicament présente les sartans comme plus coûteux que les IEC, sans qu'une d'efficacité supérieure ait été démontrée. Il est dès lors recommandé de prescrire un IEC en première intention et de réserver les sartans aux patients qui tolèrent mal les IEC.

Une note de la HAS fait le point sur les actions engagées pour favoriser le bon usage des produits et prestations (Annexe 5).

2) La production de recommandations par l'AFSSAPS

L'élaboration et la diffusion des recommandations de bonne pratique concernant les produits de santé est l'une des missions de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Principalement destinées aux professionnels de santé, ces recommandations définissent une stratégie médicale optimale en fonction de l'état des connaissances. Elles précisent ce qui est utile ou inutile de faire dans une situation clinique donnée. Une centaine de recommandations sont disponibles sur le site de l'agence depuis 2001.

3) La production de référentiels par l'UNCAM validés par la HAS

Le projet de loi HPST⁷⁷ viendrait formaliser le rôle de la HAS dans la validation des référentiels élaborés par l'UNCAM : *« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. ».*

C) Des outils encore insuffisants de coordination des soins

Le HCAAM a souligné à plusieurs reprises l'importance de l'exercice collectif et de la coordination entre professionnels de soins pour favoriser une pratique de qualité ; mais à

⁷⁵ Orphanet est un serveur d'information public et gratuit sur les maladies rares et les médicaments orphelins.

⁷⁶ La Haute autorité de santé (HAS) émet dans le cadre de ces missions des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces

⁷⁷ Article 17ter du projet de loi HPST venant modifier l'article L. 161-39 du Code de la sécurité sociale.

travers les tentatives de mise en place de réseaux et filières, on cherche encore les formes de coordination les plus efficaces.

Le Conseil a également déjà souligné l'intérêt d'un Dossier Médical Personnel (DMP) pour contribuer à une meilleure structuration des soins et ne peut que regretter qu'il n'y ait pas de mise en œuvre du DMP à ce jour. Le gouvernement a fait procéder en 2008 à une revue du projet et des expérimentations devraient être réalisées jusqu'en 2010, en associant les professionnels de santé. Mais la période pour une généralisation progressive du DMP serait estimée à dix ans.

III - Les formes de la maîtrise médicalisée

Une politique de maîtrise médicalisée vise à optimiser les pratiques médicales. Pour mettre en œuvre une telle politique, le régulateur a le choix de deux types de voies : stimuler un mouvement spontané de la part des professionnels les conduisant à faire évoluer leur pratique dès lors qu'ils ont la connaissance de leur propre évaluation ou bien intervenir de façon plus normative en édictant des règles et en les accompagnant d'un système de motivation qui engage les professionnels à s'y conformer : la sanction, le contrôle ou l'incitation. Il peut également choisir de passer contrat avec les professionnels de manière à fonder la maîtrise médicalisée sur l'engagement réciproque des parties contractantes.

Les formes de la maîtrise médicalisée varient ainsi selon le degré et la nature de l'intervention du régulateur.

A) Les formes visant à stimuler un mouvement spontané d'évolution des pratiques

1) Implication des professionnels de santé par la formation et l'évaluation

L'approche – première et la plus « naturelle » - de la maîtrise médicalisée devrait être sa prise en main directe par les médecins eux-mêmes. C'est leur affaire collective d'analyser et de faire évoluer leur pratique.

A défaut, les médecins s'exposent au risque que l'assureur – pouvoirs publics et caisses – intervienne pour définir, par voie contractuelle, ou imposer l'évolution souhaitée de la pratique médicale.

C'est bien ce qui s'est passé dans les dernières décennies avec une implication croissante de l'assureur dans la gestion du risque

a) La promotion de la formation des professionnels.

Elle paraît essentielle dans un objectif de mise en œuvre de références de bonnes pratiques et a été rendue obligatoire depuis les ordonnances de 1996.

Le bilan présenté par l'IGAS⁷⁸ montre que :

- l'organisation et la gestion de la FMC ont été conçues pour relever essentiellement de la profession mais les difficultés de mise en place du dispositif sont telles qu'il n'est pas opérationnel en 2009⁷⁹

- l'activité de la FMC reste mal connue : les données sont trop lacunaires pour qu'il soit possible de connaître la part des médecins ayant suivi au moins une formation dans l'année, ou son contenu concret.

⁷⁸ « Formation continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins », IGAS, novembre 2008.

⁷⁹ Trois instances professionnelles ont été constituées au niveau national pour les médecins salariés, hospitaliers et libéraux mais les comités régionaux n'ont toujours pas été mis en place.

- l'activité de FMC n'a pas été massivement prise en main par les organisations professionnelles elles-mêmes.

b) L'évaluation des pratiques est plus récente et semble connaître un vrai développement

La loi du 13 août 2004 a fait de l'évaluation individuelle des pratiques une obligation nouvelle pour les professionnels. Elle consiste en « *une analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS* » (décret du 14 avril 2005). Le bilan présenté par l'IGAS⁸⁰ montre que :

- l'esprit du dispositif a été orienté par la HAS vers la notion d'évaluation « formative » : le médecin habilité ou l'organisme agréé ne réalise pas une évaluation sur la base d'un jugement porté par un tiers (ce que l'HAS appelle une « évaluation sanctionnante »), mais il accompagne le praticien dans une démarche d'évaluation de sa propre pratique. Dans cet esprit, les certificats n'attestent pas d'une bonne pratique du praticien mais plutôt du fait qu'il est entré dans une démarche validée qui est censée améliorer sa pratique.

- la HAS a utilisé le dispositif d'EPP pour en faire le support de toute initiative favorisant « l'échange et la mesure dans la pratique médicale en s'efforçant de promouvoir des exigences de méthode. »

- le principe de l'EPP est apprécié par les médecins

- leur engagement semble important : les résultats d'un sondage indiquent que 18% des généralistes, 21% des spécialistes et 2% des hospitaliers déclarent ne participer à aucune des neuf actions listées lors de l'enquête, censées constituer l'EPP (par exemple : participation régulière à un groupe de qualité, à la tenue d'un registre de pathologies chroniques, suivi régulier d'indicateurs de pratique professionnelle).

- mais l'IGAS n'est pas en mesure de quantifier précisément son développement. La HAS est en mesure de suivre de façon exhaustive les médecins (de spécialité à risque) engagés dans le dispositif d'accréditation (8000 en mai 2009) et ceux qui sont dûment accrédités (1800). Mais concernant les médecins engagés dans une démarche d'EPP, elle ne peut répertorier que les médecins participant à des programmes portés par les organismes qu'elle a agréés (17600 médecins sont impliqués, soit 8% des médecins). Le dispositif national d'enregistrement des médecins ayant satisfait leur obligation d'EPP n'est pas mis en œuvre, leur nombre n'est donc pas connu.

c) Le projet d'une obligation de « développement professionnel continu »

Partant du constat que FMC et EPP sont complémentaires, l'IGAS a avancé l'idée d'un cadre général permettant de fédérer ces deux dispositifs.

La proposition consiste à demander aux médecins de s'inscrire dans une démarche de « *développement professionnel continu* ». Cette démarche signifie qu'il appartient au médecin d'entretenir et d'actualiser ses propres connaissances et se traduit pour lui par l'obligation de participer à des actions de FMC, d'évaluer leur pratique, de déclarer les événements indésirables ou porteurs de risques (pour les spécialités à risques). De même que le sens donné par la HAS à l'EPP, le développement professionnel continu n'aurait pas pour objectif de garantir la qualité des soins à travers des jugements externes mais de mettre le professionnel en situation de gérer activement sa formation.

Il appartiendrait aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins de valider la démarche.

⁸⁰ Cf Supra.

Le législateur semble avoir suivi cette voie puisqu'un article du projet de loi HPST⁸¹ dispose : « Art. L. 4133-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

« Art. L. 4133-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :
 « 1° Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;
 « 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires. »

2) Implication des professionnels de santé par la sensibilisation

Le régulateur peut choisir de sensibiliser le professionnel en l'informant sur sa pratique. Le choix de la sensibilisation a été fait par l'assurance maladie à travers la mise à disposition d'information et la mise en œuvre de contacts ciblés

a) Le retour d'information quantitative personnalisée au médecin a été amélioré par les RIAP (Relevé individuel d'activité et de prescriptions).

Il donne au médecin la possibilité de se positionner par rapport à ses collègues sur des objectifs précis.

b) Les contacts directs avec ciblage des professionnels rencontrés

Pour 2008, une lettre Réseau de la CNAMTS présente le Plan national d'accompagnement des professionnels de santé libéraux et en établissements :

- 350 000 visites Délégués d'assurance maladie (DAM) prévues, dont 275 000 assurées dans le cadre du ciblage national (voir la liste des thèmes retenus au Tableau 25) ; l'évolution est importante (on comptait 150 000 contacts en 2005) ;
- 62 000 échanges confraternels prévus avec des praticiens-conseil, dont 57 000 assurés dans le cadre du ciblage national (on comptait 25 000 échanges confraternels en 2006) ;
- adaptation des plans d'interventions sur des populations ciblées ;

Tableau 25 : Principaux thèmes retenus pour les visites DAM en 2008

Thèmes	Nombre de visites DAM prévues
Antibiotiques	75 000
Inhibiteurs de la Pompe à Protons	32 500
Statines	28 000
ALD et arrêts de travail	25 000
AT MP	25 000
Asthme	40 000
Hyper Tension Artérielle	15 000

⁸¹ Article 19 du projet de loi HPST venant modifier l'article L. 4133-1 du code de la santé publique.

B) L'encadrement de la pratique professionnelle par des règles normatives

Pour mettre en place une politique de maîtrise médicalisée, le régulateur peut intervenir en édictant des règles et en les accompagnant d'un système de motivation qui engage les professionnels à s'y conformer.

1) Les RMO : l'adoption de références médicales opposables s'est accompagnée d'un mécanisme de sanctions

Les références médicales sont introduites dans la convention médicale de mars 1990 : 17 références nationales décrivent le bon usage des soins, sans incitation positive ou négative.

Le caractère opposable des références est introduit par la loi Teulade de janvier 1993 qui l'accompagne d'une définition des sanctions encourues en cas de non respect des références.

Basées sur des critères scientifiques⁸², les références médicales opposables (RMO) identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux⁸³. Elles sont conçues comme des outils d'aide à la décision permettant d'écarter des choix diagnostics ou thérapeutiques inutiles ou dangereux. Elles se sont en pratique apparentées à des obligations de « ne pas faire ».

Inscrites dans le dispositif conventionnel, de ce fait applicables par les seuls médecins libéraux, elles furent par la suite étendues aux médecins exerçant en établissements publics dans le cadre de consultations externes, aux chirurgiens dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux.

Dans les conventions médicales⁸⁴ de 1997, 194 références médicales sont opposables aux généralistes et 243 aux spécialistes. Il en subsiste 155 dans la convention nationale des médecins généralistes de 1998.

Les résultats nationaux du contrôle des RMO ont montré que si le non respect ponctuel des RMO était fréquent, le dépassement des seuils d'opposabilité était rare : en deux ans, 48% des médecins enquêtés (effectif de 21 000) ont dérogé au moins une fois à la règle et 2,3% ont atteint au moins un seuil d'opposabilité et 0,6% (soit 121 médecins) ont fait l'objet d'une sanction financière.

2) La mise sous contrôle préalable

Cette procédure permet au directeur de la caisse locale d'assurance maladie de subordonner la couverture de certaines prescriptions médicales ou le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical dès lors que ses services constatent un nombre de ces prescriptions significativement supérieur à la moyenne constatée.

Instaurée par la loi du 13 août 2004⁸⁵, la procédure porte sur les médecins qui prescrivent des arrêts de travail plus de quatre fois plus que leurs confrères.

Cette disposition a été étendue⁸⁶ aux prescriptions d'actes, produits et prestations et à la réalisation d'actes de praticiens, ainsi qu'aux médecins prescrivant systématiquement des transports en ambulance et jamais en VSL. Une procédure de même nature est prévue pour les

⁸² D'abord établies par l'assurance maladie, les RMO sont à partir de 1994 établies par l'ANDEM et à partir de 1997 par l'ANAES et l'AFSSAPS lorsqu'elles concernent des médicaments.

⁸³ Les Ordonnances d'avril 1996 en ont précisé la définition.

⁸⁴ Adoption en mars 1997 de 2 conventions distinctes (généraliste/spécialiste), qui précisent les conditions de mise en œuvre des dispositions issues de l'ordonnance d'avril 1996. Elles seront annulées par le Conseil d'Etat en juin et juillet 1998.

⁸⁵ Art. 162-1-15 du Code de la Sécurité Sociale.

⁸⁶ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

établissements de santé pour lesquels il est constaté, sur les actes pouvant donner lieu à hospitalisation sans hébergement, un fort taux d'hospitalisation complète.

Le dispositif se déclenche dès lors que les services constatent :

- un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées au sein du ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie ;
- un nombre de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits ou prestations, supérieur aux données moyennes constatées au sein du ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.

Le dispositif a été renforcé par la mise en place d'une pénalité financière en cas d'obstacle volontaire à la procédure de mise sous entente préalable.

En 2008, le dispositif de mise sous accord préalable de médecins a concerné 450 professionnels, dont 146 médecins généralistes prescripteurs d'indemnités journalières, 140 professionnels prescripteurs de transports sanitaires et 150 prescripteurs de masso-kinésithérapie (initié en 2008).

C) Les formules visant à l'engagement réciproque des parties dans le cadre des conventions : la contractualisation

Dans toutes ces formules, on prévoit une contrepartie en rémunération pour les médecins. Elle est plus ou moins formalisée ; mais toujours présente, en arrière plan au moins, des conventions.

1) Les engagements collectifs

a) Les accords de bon usage des soins

Les accords de bon usage des soins (Acbus) sont des engagements collectifs qui prévoient des « objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre »⁸⁷. Ils peuvent être conclus au niveau national ou régional par les partenaires conventionnels et peuvent prévoir des contreparties financières qui peuvent être versées dès lors que les résultats des actions menées a été évalué et que les objectifs ont été atteints. Ils doivent être validés par la Haute autorité de santé.

a1) L'Acbus TDR angine (2002)

L'accord relatif à la généralisation des tests de diagnostic rapide (TDR) des angines a été arrêté en juin 2002. Cet accord vise à promouvoir une mise à disposition et une utilisation des TDR par les médecins généralistes afin de favoriser une diminution des résistances aux antibiotiques et de contribuer à une amélioration de la qualité de la prise en charge des angines.

a2) L'Acbus visite (2002)

L'accord conventionnel signé entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins le 5 juin 2002 visait à limiter les visites non médicalement justifiées et éviter ainsi aux médecins des déplacements inutiles. Dans les cas de visites justifiées, soit pour des patients qui sont dans l'incapacité de se déplacer, la visite est intégralement remboursée (22 euros + 10 euros pour l'indemnité de déplacement). Pour les visites non justifiées médicalement, l'assurance maladie ne prend en charge que l'acte et pas l'indemnité de déplacement.

⁸⁷ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et loi du 6 mars 2002 relative aux relations conventionnelles.

L'engagement de la profession de diminuer le nombre de visites à domicile d'au moins 5% la première année et de rédiger au moins 25% des lignes de prescriptions de médicaments DCI ou en génériques a conditionné les revalorisations de C et de la majoration pour déplacement en 2002.

a3) L'Acbus de prescription de transports (2003)

A travers cet accord de bon usage des soins, les parties signataires visent la mise en place des actions permettant d'optimiser, hors transport en ambulance donnant lieu à supplément pour urgence, l'adéquation du mode de transport prescrit au degré d'autonomie du patient en s'appuyant sur le référentiel médical validé par l'ANAES.

Cet Acbus n'a pas été reconduit suite à la nouvelle convention de 2005, mais la prescription de transport est l'un des thèmes retenus de maîtrise médicalisée depuis l'année 2006, assorti d'un objectif d'infléchissement de croissance (croissance de 3% en 2006 et nulle en 2007).

a4) Les Acbus relatifs à la mammographie (2001 et 2006)

Le premier Acbus relatif à la mammographie est intervenu dans le contexte de la mise en place du Plan de mobilisation nationale contre le cancer. Ce plan prévoyait la généralisation du dépistage « organisé » du cancer du sein⁸⁸ mais laissait ouverte la possibilité d'un dépistage individuel au sein des cabinets libéraux de radiologues. Pour assurer la même qualité des actes de mammographie à toute personne, qu'elle entre ou non dans le dispositif de dépistage organisé, les syndicats représentatifs de médecins libéraux et l'assurance maladie signent en 2001 un accord portant sur les actes effectués hors dépistage organisé.

L'accord définit les engagements des radiologues à respecter les conditions d'exécution fixées dans le cadre du dépistage organisé. Il prévoit le respect, par les radiologues, d'engagements en matière de qualité du matériel, de formation, de régularité de l'activité (500 mammographies par an dont 250 dans le cadre du dépistage organisé), de respect des recommandations de bonne pratique ainsi qu'un suivi de la mise en œuvre de cet engagement conventionnel dans le cadre des commissions paritaires locales.

La Cour des comptes avait, en 2005, fait de l'application de cet accord un bilan plutôt mitigé, relevant d'une part que la baisse programmée de la cotation de l'acte de mammographie réalisée hors dépistage n'était jamais intervenue et d'autre part que le non respect des critères définis dans l'Acbus n'entraînait pas de modulation de tarif.

En avril 2006, un nouvel Accord est venu compléter et actualiser le précédent. Il prévoit notamment l'engagement des professionnels à conformer leur pratique, dans ou hors dépistage organisé, aux données acquises de la science, de respecter les recommandations de bonne pratique, d'orienter les femmes vers le champ du dépistage organisé. Sont explicitement exclues de la prise en charge par l'Assurance Maladie les mammographies effectuées par des radiologues ne participant pas, par ailleurs, au dépistage organisé. Sans indiquer d'objectif chiffré, l'accord prévoit également le suivi d'un ratio permettant de vérifier la montée progressive des actes effectués dans le champ du dépistage organisé⁸⁹ ainsi qu'une synthèse annuelle, élaborée par un groupe national de suivi, sur les données d'activité et de formation que les radiologues se sont engagés à transmettre.

⁸⁸ En France, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) avait recommandé, dès mars 1999, la mise en place d'un dépistage, par mammographie, tous les deux ans, des femmes non touchées par le cancer du sein et sans prédisposition familiale, âgées de 50 à 69 ans, avec poursuite du dépistage jusqu'à 74 ans pour les femmes qui en bénéficiaient précédemment.

⁸⁹ Il s'agit du rapport entre le nombre de mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé et le nombre total de mammographies pour les femmes de 50 à 74 ans.

a5) L'AcBUS coloscopie après polypectomie (2005)

L'AcBUS prévoit qu'à deux ans, le taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une (ou plusieurs) nouvelle(s) coloscopie(s) entre les 4^{ème} mois (inclus) et 24^{ème} mois suivant la polypectomie soit au maximum 0,5%. Les médecins concernés par le plus grand nombre de coloscopies seront informés directement par les CPL de leurs résultats pour optimiser leur pratique.

a6) L'AcBUS anti agrégants plaquettaires (2007)

L'accord vise l'optimisation des prescriptions médicamenteuses pour la prévention secondaire des accidents thrombotiques par la prescription d'antiagrégants plaquettaires (AAP). Il privilégie, dans la classe des antiagrégants plaquettaires, la prescription de l'aspirine dans un but d'efficience du système de soins.

L'objectif est une augmentation d'au moins 3 points du nombre de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP.

Pour les médecins dont la pratique observée s'écarte des engagements de l'Accord, il est prévu que « les commissions paritaires locales réunies en formation médecins pourront (les) recevoir afin d'étudier avec eux les éléments pouvant expliquer cette divergence, leur rappeler le contenu de l'accord et convenir avec eux des modalités d'observation de l'évolution de leur pratique ».

[b\) Les accords de bonne pratique hospitalière et les accords de bon usage des médicaments et des produits et prestations en établissements \(voir note HCAAM sur la situation des établissements de santé d'avril 2009 p 76\)](#)

c) Le dispositif conventionnel de maîtrise médicalisée de 2005

Le dispositif retenu à partir de 2005 consiste à fixer chaque année, par voie d'avenants aux conventions nationales, des objectifs d'économies susceptibles d'être réalisées au moyen de la diffusion de bonnes pratiques médicales et du bon usage des soins et biens médicaux. Ces économies sont estimées en écart à la tendance d'évolution de ces dépenses.

Les thèmes conventionnels de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ont porté principalement sur :

- la prescription de médicaments, antibiotiques, statines, notamment,
- les arrêts de travail,
- le respect de l'ordonnancier bizonne des malades atteints d'une affection de longue durée,
- certains examens et analyses,
- des engagements dans le domaine de la prévention et de la coordination des soins (dépistage du cancer du sein, vaccination antigrippale des personnes âgées, diabète...).

Sans que le lien soit formalisé de façon rigoureuse, il est évident que la réussite du programme de maîtrise conditionne – au moins en partie – le montant et le calendrier des revalorisations tarifaires.

De là :

- l'importance d'instruments fiables pour mesurer les économies effectives (la Cour des comptes a estimé que ceux mis en place n'étaient pas toujours pertinents)
- la polémique autour de ces résultats (les syndicats de médecins estimant que « le compte n'y est pas » et que la maîtrise comptable vient casser leurs efforts ; les pouvoirs publics s'impatientent devant la lenteur des progrès).

d) Les engagements individuels dans le respect des objectifs collectifs

L'avenant 23 de 2008 à la convention médicale a déterminé les engagements individuels chiffrés des professionnels sur quatre thèmes, dans le respect d'objectifs définis collectivement par voie conventionnelle : le dépistage précoce du cancer du sein, la vaccination anti grippale chez les personnes âgées, l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées et les risques cardiovasculaires.

2) Les engagements individuels : les contrats individuels de bonne pratique

Depuis 2002⁹⁰, les conventions entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux intègrent la définition de contrats de bonne pratique⁹¹ : « *Les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération* » et à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie à la prise en charge des cotisations famille et vieillesse des médecins.

Ces contrats sont des engagements individuels et volontaires. Ils portent sur la formation continue ou le respect des recommandations de bonne pratique, sur la coordination, la permanence des soins ou la prévention. Des engagements spécifiques peuvent porter sur l'implantation ou le maintien en zones franches urbaines, montagnardes ou en milieu rural.

Dans son rapport de 2005, la Cour des comptes présente quelques uns de ces contrats :

- des contrats de bonne pratique ont été ouverts en 2003 à trois spécialités : les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et les obstétriciens. En contrepartie d'engagements sur la qualité des soins, le volet financier de ces contrats était important, notamment parce qu'à l'indemnité forfaitaire s'ajoutait la participation financière des caisses aux primes d'assurance. Le taux de participation aurait été important (53% des chirurgiens, 28% des obstétriciens).
- les taux de participation ont également été importants sur d'autres contrats qui, en 2003, ont prévu des majorations forfaitaires de rémunération en fonction du nombre de patients traités : un contrat de pratique professionnelle a été ouvert aux médecins pour coordonner les soins des patients en cure thermale, avec une rémunération forfaitaire de 10€ par patient (95% des médecins ont adhéré) ; un contrat pour les biologistes prévoyait, en plus d'un forfait annuel, et un forfait de 15€ par patient (45% des laboratoires ont adhéré).
- en revanche, le taux de participation a été nul sur des contrats de même type, prévoyant pour les médecins généralistes et les infirmiers une rémunération de 80€ par mois pour la coordination d'une équipe de soins palliatifs à domicile.

Le secrétariat général du HCAAM ne dispose pas d'un bilan de ces contrats autre que celui présenté par la Cour des comptes en 2005, sur l'année 2003.

D) L'engagement individuel hors du cadre conventionnel : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) a été décidé sur la base de l'article L. 162-12-21 CSS.

Ce dispositif a été accepté par les pouvoirs publics ; il est rentré en vigueur depuis la publication au JO du 21 avril de la décision du 9 mars 2009 de l'UNCAM.

⁹⁰ Loi du 6 mars 2002 relative à la rénovation des relations conventionnelles.

⁹¹ Article L 162-12-18 du code de la sécurité sociale.

Le CAPI rencontre les réticences des syndicats de médecins (notamment parce qu'il n'est pas à ce jour intégré dans le champ conventionnel), du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) hostile à toute forme d'intéressement financier des médecins à une évolution de leur pratique et du président du LEEM qui considère que les actions sur la prescription de médicaments ne sont pas pertinentes.

1) Objet

Le CAPI est un contrat individuel, conforme à un contrat-type national, entre un médecin traitant⁹², libéral, conventionné, et une caisse primaire. Le contrat porte sur la prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et la prescription des médicaments. Le médecin s'engage à rendre compte des résultats d'évolution de sa pratique dans ces domaines. La caisse primaire lui verse une contrepartie financière qui tient compte de sa progression dans la réalisation, voire l'atteinte des objectifs du contrat.

Le CAPI, contrairement à ce qui est parfois indiqué, n'est pas un conventionnement individuel. Un médecin reste conventionné même s'il n'a pas signé de contrat. Une pratique individuelle non-conforme aux pratiques-cible n'entraîne aucune sanction, que le médecin ait signé un CAPI ou non.

2) Selon ses promoteurs, le CAPI tire les conséquences d'un triple constat

- la pratique des médecins s'écarte des objectifs de santé publique, de qualité et d'efficience fixés dans les recommandations établies sous l'égide des agences de santé indépendantes ;
- la large diffusion de ces recommandations (agences de santé, presse professionnelle, formation continue...), la promotion active par l'assurance maladie dans le cadre de la maîtrise médicalisée conventionnelle, les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), ne suffisent manifestement pas à réduire ces écarts ;
- la forte dispersion dans la pratique des médecins sur chacun des indicateurs montre que des marges de progrès sont à la portée des médecins.

D'où l'option « d'intéresser » directement le médecin à l'amélioration de sa pratique par une contribution financière indexée sur les résultats des efforts consentis.

Par ailleurs, les premières études tirées de l'expérience du *National Health Service* anglais (*Quality and outcomes framework*)⁹³, sans doute la plus concrète et la plus large à l'heure actuelle, semblent indiquer que la rémunération au résultat des médecins, au-delà des effets positifs connus d'un retour d'information aux professionnels sur leur pratique, est un levier additionnel efficace, notamment sur la réduction des inégalités d'accès aux soins dans certaines régions défavorisées⁹⁴.

⁹² Au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

⁹³ Doran T *et al.* Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355: 375-84.

⁹⁴ Doran T *et al.* Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372: 728-36.

3) Analyse du CAPI

a) Le champ personnel du contrat

Tout médecin traitant libéral conventionné est éligible au CAPI pour autant qu'il ait un seuil minimal de patients afin de pouvoir calculer les indicateurs liés aux objectifs ; c'est une exigence qui semble de bon sens (et l'opposition du CNOM sur ce point n'est pas recevable). Les médecins sont libres de souscrire au CAPI et, s'ils y ont souscrits, totalement libres de s'en dégager sans autre formalité qu'une lettre de renoncement.

b) Le CAPI introduit une novation dans la conception des rapports entre l'assurance maladie et les médecins, et possiblement dans le paradigme de l'exercice médical

Selon le code de déontologie, le médecin s'engage à tout mettre en œuvre pour prodiguer à chacun des malades qui le consulte des soins de qualité, sûrs, efficaces, conformes aux connaissances médicales avérées. Les soins doivent être limités à ce qui est nécessaire. Dans cette relation individuelle de soins, le médecin a une obligation de moyens. Il est, dans notre système de soins, rémunéré à l'acte.

Avec le CAPI, le médecin qui le souhaite s'engage en plus à rendre compte de sa pratique et de son évolution, non pas patient par patient, mais sur le groupe des patients qui l'ont choisi comme médecin traitant. Il s'engage ainsi à un effort particulier sur sa patientèle. Cet effort est mesuré, objectif par objectif. La contrepartie financière du CAPI, établie à l'aune de ces résultats, rémunère en fait cette activité de santé publique du médecin traitant exercée et quantifiée à l'échelle de sa patientèle.

L'exemple suivant, souvent présenté, illustre les effets cumulés attendus d'un tel dispositif en terme sanitaire et les efforts qu'ils exigent du médecin.

Ainsi, les recommandations établies par la profession médicale dans tous les pays, dont la France, est de faire bénéficier tous les malades diabétiques d'un suivi régulier (c.-à-d. quatre fois par an) de leur équilibre glycémique par dosage de l'hémoglobine glyquée dite HbA_{1c} (qui se pratique par une simple prise de sang veineux). A ce jour, en France, 40% seulement des diabétiques bénéficient d'un tel suivi. Le CAPI propose l'objectif de 65%, ce qui signifie, s'il est atteint, que 650 000 personnes diabétiques de plus seront mieux suivies (avec les bénéfices sanitaires qui en découlent). En pratique, cela revient pour chaque médecin à faire en sorte qu'à l'issue du contrat (3 ans) douze patients de plus (soit 4 par an) bénéficient régulièrement de cet examen biologique.

Source : CNAM

c) Les engagements du médecin

On a cherché un équilibre entre

- l'ambition. Il faut s'assigner des objectifs élevés pour améliorer substantiellement la pratique médicale et minimiser les effets d'aubaine (rémunérer trop un faible progrès).
- et le réalisme (en excluant notamment de retenir des cibles à 100%, ce qui laisse une marge pour les contraintes que les médecins rencontrent dans leur pratique).

Les engagements sont répartis en deux champs : prévention et suivi des maladies chroniques, optimisation des prescriptions. La CNAMTS a pris le parti de ne pas demander un travail administratif supplémentaire aux médecins (recueil et transmission de données...), et donc de choisir des indicateurs susceptibles d'être suivis sur ses seules bases de données (à l'exception

de l'indicateur sur l'HTA qui est déclaratif). Enfin, chaque indicateur pourrait être modifié si l'évolution des connaissances médicales le commandait.

c1) Prévention et suivi des maladies chroniques

Tableau 26 : Prévention

Thème	Indicateurs	Niveau initial	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Grippe	Nombre de patients MT ≥ 65 ans vaccinés/ nombre de patients ≥ 65 ans MT		71 %	75%
Cancer du sein	Nombre de patientes MT 50-74 ans participant au dépistage du cancer du sein/ nombre de patientes MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans)		73 %	80%
Vasodilatateurs	Nombre de patients MT > 65 ans traités/nombre patients MT > 65 ans		$\leq 9 \%$	$\leq 7\%^*$
Benzodiazépines à demi-vie longue	Nombre de patients MT > 65 ans traités/nombre patients MT > 65 ans		$\leq 9 \%$	$\leq 5\%^*$

Dans ce domaine de la prévention, l'accent a été mis d'une part sur l'amélioration de la couverture vaccinale antigrippale et sur le dépistage du cancer du sein, et d'autre part sur la prévention des effets iatrogènes des médicaments chez la personne âgée.

- en matière de vaccination antigrippale des personnes âgées, la cible de 75% correspond à la référence retenue par les autorités de santé publique, pour garantir une véritable efficacité collective. On est actuellement à un taux de 67%

- le taux de participation à un dépistage du cancer du sein par mammographie est de l'ordre de 52% alors que l'objectif des autorités de santé publique table sur 80%.

Tableau 27 : Suivi des maladies chroniques

Thème	Indicateurs	Niveau initial	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Diabète	Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an/Nombre de patients diabétiques MT		55 %	65%
	Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'œil) par an /nombre de patients diabétiques MT		52 %	65%
	Nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs et statines/ Nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs		65 %	75%
	Nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs, statines et aspirine à faible dose/ nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs et statines		55 %	65%
HTA	Part des patients MT traités par anti hypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels: <=140/90	30%	40 %	50%

A l'horizon 2016, on estime le nombre de malades diabétiques à 2,8 millions, soit 4,5% de la population française métropolitaine. Les complications du diabète en font toute la gravité, à l'échelle individuelle ou collective. Toutes les recommandations professionnelles, françaises ou étrangères, s'accordent à préconiser un certain nombre de règles de suivi, de dépistage des complications et de mesures thérapeutiques.

Les écarts à ces recommandations dans la pratique médicale courante sont importants. Ainsi, pour les quatre indicateurs visés dans le tableau ci-dessus, les taux actuels sont de 44% (HbA1c), 42% (examen ophtalmologique), 52% (statines) et 40% (aspirine), avec des variations entre praticiens assez considérables comme l'illustre le graphique suivant (*source CNAMTS Dossier CAPI remis aux médecins*).

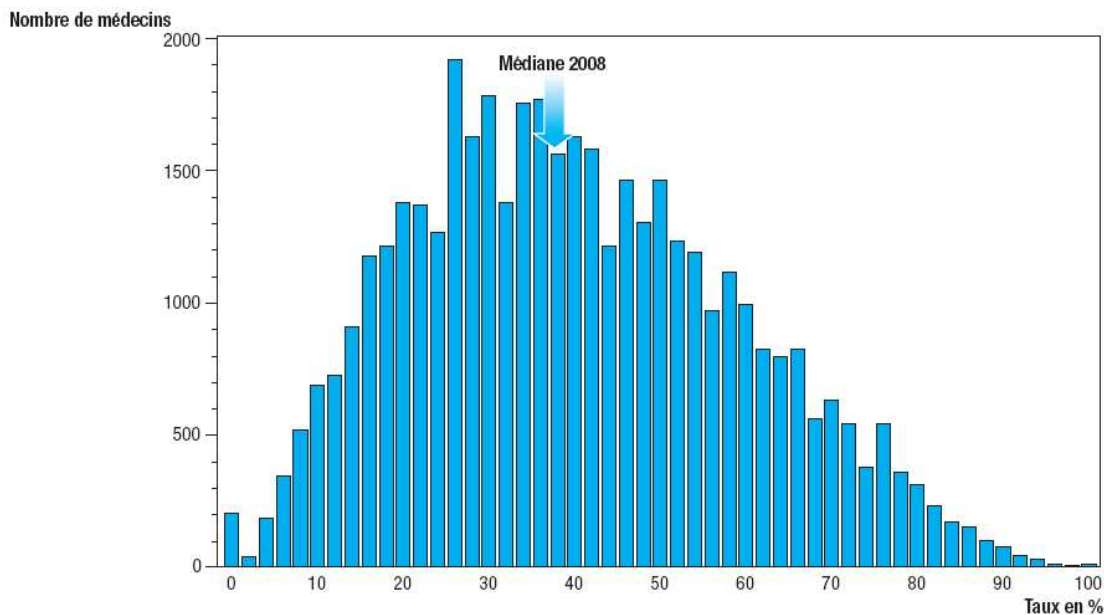


Figure 1.

Distribution des médecins traitants selon le taux de personnes traitées par médicaments antidiabétiques de leur patientèle « médecin traitant » ayant bénéficié du dosage de l'HbA1c au moins trois fois dans l'année (2008, France entière – médecins avec au moins 10 patients médecin traitant)

Les marges de progrès semblent donc grandes, et on présume que les objectifs sont réalistes puisque nombre de médecins traitants ont déjà des pratiques très satisfaisantes.

c2) Optimisation des prescriptions

Il est demandé ici au médecin de faire le choix – à efficacité, tolérance et sécurité comparables et si la situation clinique de son patient le lui permet – du traitement disponible le moins onéreux, dans l'intérêt de ses patients et des ressources collectives.

Il est ainsi demandé au médecin de privilégier les médicaments inscrits au répertoire des génériques pour les traitements par antibiotiques, statines, anti-hypertenseurs et inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

Cet objectif est cohérent avec la position du HCAAM qui a constamment déploré la faiblesse du taux de prescription dans le répertoire (voir chapitre IV du présent rapport).

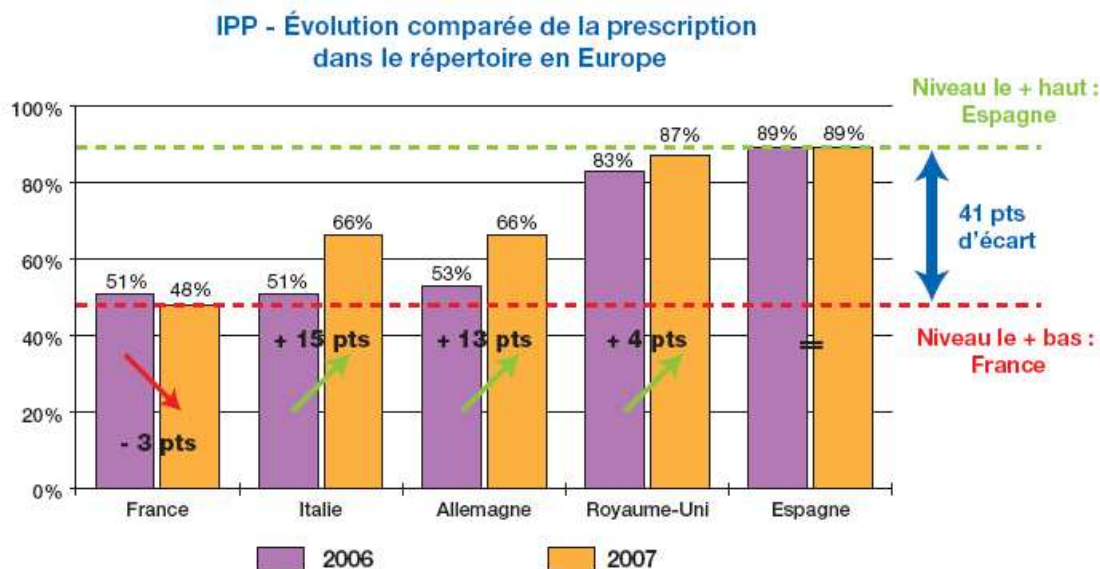
Tableau 28 : Optimisation des prescriptions

Indicateurs	Niveau initial	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/prescription d'antibiotiques (en nb de boîtes)		84 %	90%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/ prescription d'IPP (en nb de boîtes)		70 %	80%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/ prescription de statines (en nb de boîtes)		58 %	70%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/ prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes)		55 %	65%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/ prescription d'anti dépresseurs (en nb de boîtes)		70 %	80%
Prescription d'IEC/ prescription d'IEC + Sartans, en nb de boîtes		55 %	65%
Nb de patients MT traités par aspirine à faible dosage/ nb de patients traités par anti agrégants plaquettaires		84 %	85%

En prenant l'exemple des IPP, on relèvera qu'une récente réévaluation de la classe par la Haute Autorité de santé⁹⁵ n'a pas démontré de différence d'efficacité cliniquement pertinente entre eux, ni mis en évidence de différence pour la survenue d'effets indésirables. Ceci amène la HAS à conclure que rien ne permet de recommander un IPP plutôt qu'un autre dans une indication donnée et que les coûts de traitement étant différents, la prescription doit toujours observer la plus stricte économie compatible avec la qualité des soins.

En France, la consommation d'IPP est élevée (19 comprimés par personne par an en 2005 ; 23,5 en 2007) par comparaison à l'Allemagne (12 cp/personne/an), l'Italie (18,9 cp) et au Royaume-Uni (20,5 cp). Or, en France la prescription dans le répertoire des génériques évolue peu et a même baissé en 2008 (- 2 points entre 2007 et 2008). Ce phénomène est unique en Europe. En Allemagne, au Royaume-Uni et en Italie, la commercialisation des génériques du lansoprazole a conduit à une forte augmentation de la prescription dans le répertoire en 2007 (cf. figure ci-dessous, *source CNAMTS Dossier CAPI remis aux médecins*) :

⁹⁵ Haute Autorité de santé. Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. Bon usage du médicament. Saint-Denis : HAS, juin 2009 (www.has-sante.fr).



d) La contrepartie financière versée par la caisse primaire

d1) *Pour un indicateur donné le taux de réalisation annuel du médecin est évalué à partir de quatre grandeurs*

- le niveau initial du médecin contractant au moment de la souscription du CAPI
- le niveau constaté pour l'année de liquidation de la contribution
- l'objectif intermédiaire commun à tous les médecins (c'est la situation moyenne observée actuellement)
- l'objectif cible commun à tous les médecins

d2) *La contrepartie financière versée par la caisse au médecin dépend du niveau annuel constaté pour chaque médecin sur un indicateur donné*

- un taux de réalisation de l'objectif est calculé pour chaque indicateur
- * si le niveau est inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est égal à la moitié de $(\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}) / (\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial})$
- * si le niveau est supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est égal à 50%, pourcentage majoré de la moitié de $(\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}) / (\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire})$
- * si le niveau est supérieur à la cible, le taux de réalisation est égal à 100%
- une moyenne des taux de réalisation est calculée pour chacun des deux champs
- la contrepartie est due dès lors que la moyenne des taux est supérieure à 25%. Elle est de 7€ par patient multiplié par le taux de réalisation.

4) **Enjeux financiers**

a) Pour les médecins contractants

Pour une patientèle moyenne de 850 personnes par médecin traitant, la contrepartie pour les 43 000 médecins éligibles, lorsqu'elle est versée, est de 1 487 à 5 950 €.

La dépense potentielle (tous médecins, tous régimes⁹⁶) en supposant que tous les médecins aient des taux moyens supérieurs à 25% serait de 65 à 260 M€.

Elle abriterait des effets d'aubaine : c'est la contrepartie qui sera versée aux médecins qui, dès la souscription du contrat, sont à 100% de la cible.

b) Pour les comptes de l'assurance maladie

b1) Le bilan financier de court terme du dispositif dépendra

- en dépenses :

* des contreparties versées aux médecins d'une part ;

* des dépenses de soins liées à l'amélioration de la prise en charge d'autre part.

- en recettes, les économies sur les prescriptions de médicaments⁹⁷.

b2) Le bilan est forcément plus complexe sur le long terme puisqu'il faudrait embrasser toutes les conséquences du changement des pratiques médicales sur le cumul de dépenses exposées pour les patients « sous contrat » sur la totalité de leur vie.

b3) Compte tenu de la cible visée dans la politique de promotion du CAPI retenue par l'UNCAM, les premiers résultats ne seront pas représentatifs⁹⁸.

5) Premiers éléments de discussion

a) Sur le principe même du CAPI

Le Conseil de l'ordre des médecins est opposé au CAPI pour des raisons d'importance inégale. Son objection majeure (avis adopté en décembre 2008 en annexe 6) est que « la souscription d'un contrat d'intéressement liée aux décisions médicales qu'un praticien prend et aux conseils médicaux qu'il donne n'est pas acceptable », notamment parce que « la relation de confiance entre le médecin et le patient risque d'être affectée. Les patients pourraient se demander si le médecin n'a pas agi en fonction de cet intéressement ».

Le CNOM en déduit qu'une « information devrait être donnée aux patients sur la conclusion de ce contrat ». **Il a informé le 10 septembre 2009 qu'il formait recours en Conseil d'Etat ; il déplore que l'Uncam enjoigne aux médecins de « ne pas communiquer à l'Ordre les contrats qu'ils signeraient » et estime que « les patients devraient en outre être informés sans équivoque de la signature d'un tel contrat et de la teneur des engagements pris contre rémunération ».**

Au niveau « d'intéressement » correspondant à la version actuelle du CAPI, on ne voit guère de probabilité que des médecins adoptent une pratique qui contreviendrait à leur conviction

⁹⁶ Pour des raisons de disponibilité des données, la patientèle retenue dans le CAPI actuel est celle des affiliés au régime général (en moyenne 74% de la patientèle totale).

⁹⁷ Ainsi si tous les médecins éligibles au CAPI atteignaient l'objectif assigné pour les IPP (80% de prescription dans le répertoire) et s'y maintenaient pendant les trois années du contrat, l'économie réalisée serait de l'ordre de 194 M€ (sur la base d'un tendancier du taux de croissance annuel des volumes de médicaments de l'ordre de 9%). Source : CNAM.

⁹⁸ La politique de promotion retenue par la CNAM est de s'intéresser aux médecins les plus jeunes et dont le score initial est élevé (ils sont assurés d'avoir une contrepartie dès la première année du contrat). La cible visée par la CNAM est de 5000 adhésions d'ici la fin de 2009. A mi-juin, 3 semaines après le lancement de la campagne de visites des médecins par les délégués de l'assurance maladie, le nombre d'adhésions dépassait très largement les 1 000.

sur la prise en charge à assurer à leurs malades au motif qu'ils en retireraient un bénéfice financier, en fait marginal.

La CSMF a également informé de son opposition au CAPI (communiqué de presse du 22 juin 2009) essentiellement au motif qu'il contreviendrait au principe d'indépendance et de liberté de prescription du professionnel. Un recours a été déposé en Conseil d'Etat contre la décision de l'UNCAM relative à la création d'un CAPI. *Sur le fond, pour la CSMF « l'amélioration des pratiques est un engagement collectif de la profession, ainsi, en incitant les médecins à s'engager individuellement avec leur Caisse, le CAPI se détourne de la convention nationale des médecins et de ses objectifs et est contraire aux dispositions de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. D'autre part, le patient n'étant pas informé ni de ce que son médecin traitant a signé un CAPI et ni de ce qu'il est tenu au respect des engagements d'ordre thérapeutique que comporte ce contrat, le CAPI est contraire aux principes d'indépendance et de liberté de prescription garantis par les articles R.4127-7 et R.4127-8 du Code de la Santé Publique... Elaboré en contradiction flagrante avec la convention, il démontre que les objectifs poursuivis ne sont pas l'amélioration des pratiques, mais bien, comme la CSMF ne cesse de le dénoncer depuis le départ, le démantèlement de la convention collective pour mettre les médecins sous la coupe des caisses avec des objectifs individuels de rendement. Enfin, le CAPI porte atteinte à la liberté de prescription et met potentiellement en opposition les intérêts du patient avec son médecin. »* (annexe 7).

b) Sur le choix et le libellé des objectifs de pratique médicale

Le CAPI n'a de crédibilité que si :

- les objectifs retenus sont définis par des instances dont l'indépendance est garantie, de telle sorte que les médecins aient une conviction raisonnable que les atteindre ne nuit pas à la qualité des soins ;
- la cible n'est pas fixée à 100% pour les objectifs d'optimisation des médicaments de manière à ne pas dissuader les médecins de s'écarter – pour une proportion raisonnable de leur pratique – du référentiel « cible » lorsqu'ils adoptent un autre choix de prescription (on note à cet égard que les taux cible varient entre 65 et 90%).

c) Sur la conception de la rémunération du médecin

Le CAPI introduit un élément de rémunération à la performance. Au stade actuel, il reste très minoritaire par rapport à la rémunération «inconditionnelle » à l'acte.

Une forte extension du champ du CAPI et de sa contrepartie financière poserait à terme le problème de l'arbitrage entre l'évolution du C et le paiement de la contrepartie.

*

* *

Selon le secrétariat du Conseil, le CAPI, à son niveau actuel, n'introduit pas de rupture prématurée ou aventureuse dans l'équilibre voulu par le législateur entre l'indépendance du médecin et sa liberté de prescription d'une part, le souci de l'efficacité du système (en termes de qualité des soins, de prévention et d'économie des prises en charge) d'autre part.

Il est à l'évidence nécessaire de mener des évaluations – indépendantes – sur la montée en charge du CAPI pour analyser, non seulement les résultats objectifs d'évolution de la pratique médicale, mais les réactions que son introduction suscitera chez les médecins et chez les assurés.

IV - Les résultats

1) L'évaluation des résultats de la formation et de l'évaluation

Au-delà du fait qu'il n'existe pas de « preuves scientifiques » de l'efficacité de la formation médicale continue comme outil de promotion de la mise en œuvre des références de pratiques et de la participation modérée des professionnels à ce dispositif, il semble sage de suivre les conclusions de l'IGAS sur les résultats attendus : « *il ne faut pas attendre du développement des formes classiques de formation continue des effets immédiats et majeurs sur les pratiques* ».

Le Conseil, suivant son avis sur l'exercice de la médecine libérale et au vu des analyses de la littérature, conclut que les formes les plus interactives d'échanges entre professionnels sont à privilégier.

2) L'évaluation des résultats des RMO

a) Résultats sur la qualité des soins

L'évaluation faite par la CNAMTS en juin 1999 a montré que la fréquence globale des prescriptions redondantes déconseillées par les RMO a été divisée par deux (passant de 3,7% à 1,8% en 4 ans), sans qu'elle soit répartie de manière homogène selon les classes thérapeutiques⁹⁹.

Selon l'IRDES¹⁰⁰, les 10 références médicales opposables introduites en mars 1994 sur les médicaments ont permis de modifier les prescriptions de 26% des séances directement concernées par ce dispositif. Ces modifications ont généré une économie, après prise en compte de la substitution, d'environ 45 millions d'euros, soit 0,14% du coût de la prescription pharmaceutique des médecins.

L'IRDES, comme la CNAMTS, conclut que l'impact des RMO sur l'état général de santé est par nature limité, les situations médicales dans lesquelles peut être affirmée une règle de pratique médicale opposable étant elles-mêmes très limitées.

De même, si les références médicales opposables pharmaceutiques ont semblé être un bon moyen de modification des comportements des médecins, leur efficacité en termes financiers est relativement faible et elles n'ont qu'un impact modeste sur l'évolution des dépenses de pharmacie (le champ des séances directement visées par les références médicales opposables est très restreint, puisqu'il ne comprend que certaines prescriptions de ces produits : en 1994, ce champ représentait seulement 2,2% de l'ensemble de la prescription des médicaments).

Le dispositif des RMO n'existe plus, le système de sanction des RMO contenu dans la convention des médecins généralistes de 1998 et le règlement conventionnel minimal ayant été annulé par deux décisions du Conseil d'État¹⁰¹.

b) Economies observées

Selon l'IRDES¹⁰², les 10 références médicales opposables introduites en mars 1994 sur les médicaments ont généré une économie, après prise en compte de la substitution, d'environ 45 millions d'euros, soit 0,14% du coût de la prescription pharmaceutique des médecins.

⁹⁹ « Sécurité sociale et références médicales opposables », Revue médicale de l'assurance maladie n°3, juillet septembre 2000.

¹⁰⁰ Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application, QES n°14, CREDES 1998.

¹⁰¹ Les décisions rendues ne visent pas l'opposabilité des références, mais portent sur les règles et le calcul des sanctions.

3) L'évaluation des résultats des mises sous ententes préalables

En 2008, la mise sous entente préalable a généré¹⁰³ :

- sur les prescripteurs d'indemnités journalières : 3,3 millions d'euros d'économies (23 et 11 en 2006 et 2007).
- sur les prescripteurs utilisateurs de l'ordonnancier bizonne : 0,1 million d'euros d'économies (18 et 7,6 en 2006 et 2007).

4) L'évaluation des résultats des Acbus

Seuls quelques Accords ont fait l'objet d'une évaluation :

- l'Acbus angine : sur la période qui a suivi la signature de l'accord, la prescription des médecins a évolué (de juin 2002 à mai 2003, le nombre de boîtes vendues de pénicillines à large spectre a diminué de 17% par rapport aux douze mois précédents ; dans la classe des antibiotiques appartenant aux macrolides, la diminution a été de 14%). Il a cependant été difficile de chiffrer l'impact attribuable au seul accord, celui-ci étant intervenu dans une large campagne de réduction de consommation d'antibiotiques.

La mise en œuvre des actions portées par cet Acbus a été relancée (notamment la campagne sur le test de diagnostic rapide de l'angine) sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée portant sur la diminution du niveau de consommation des antibiotiques en 2006¹⁰⁴.

- l'Acbus visite : suite à l'accord de juin 2002, le nombre de visites avait chuté en 2003 de 22%. Le HCCAM¹⁰⁵ a souligné dans son avis de 2007 que « l'effet propre de l'accord de 2002 est difficile à mesurer du fait de la baisse tendancielle du nombre de visites¹⁰⁶ qui existait bien avant. Deux phénomènes se combinaient pour expliquer la baisse de la part des visites dans l'exercice de la médecine générale libérale du secteur 1 :

- un effet génération : les jeunes cohortes pratiquent moins de visites que leurs aînés, à durée d'exercice égale ;
- un effet d'âge : en vieillissant, un médecin fait de moins en moins de visites. Ceci peut également refléter une tendance générale à l'évolution de la pratique médicale (les médecins font de moins en moins de visites dans les systèmes de santé). »

- l'Acbus prescription de transports : bien qu'ayant atteint son objectif (-10 points en 2 ans) pour sa première année, l'accord a été jugé d'une portée trop limitée puisque ne s'appliquant ni aux spécialistes ni aux praticiens hospitaliers (53% de la prescription de transports à la date de signature de l'accord).

- l'Acbus mammographie : le secrétariat général du conseil ne dispose pas de documents de bilan mais le rapport d'évaluation du plan cancer¹⁰⁷ paru en 2009 donne des indications sur les évolutions de pratiques et montre l'importance persistante du dépistage individuel. Dans ce rapport, le Haut conseil de la santé publique présente l'évolution du taux de participation des femmes au dépistage organisé. Le HCSP conclut qu'une généralisation rapide et une

¹⁰² Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application, QES n°14, CREDES 1998.

¹⁰³ Point d'information CNAMTS, mars 2009.

¹⁰⁴ Avenant n°12 à la convention médicale de Janvier 2005.

¹⁰⁵ Note HCAAM sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux – Mai 2007.

¹⁰⁶ « Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation », Irdes, op.cit. L'étude repose sur le suivi de cohortes de médecins à l'aide du panel de médecins libéraux du système national inter-régimes (SNIR).

¹⁰⁷ « Evaluation du plan cancer 2003 – 2007 » Rapport Final, janvier 2009, HCSP.

croissance du taux de participation au dépistage organisé se sont opérées depuis 2003 mais que ce taux reste bien inférieur à l'objectif fixé (80%). De plus, une grande disparité existe entre les départements quant à la participation des femmes au dépistage organisé. En 2007, les valeurs extrêmes étaient de 26,4 % à Paris et 71,2 % dans le Cher. Le HCSP observe une corrélation inverse entre la densité de gynécologues et le taux de dépistage organisé. Il souligne l'importance d'étudier, en termes d'efficacité du dépistage et d'efficience, les pratiques de dépistage individuel, en comparaison du dépistage organisé, notamment lorsque ces dépistages individuels s'accompagnent d'une échographie systématique.

En incluant les dépistages individuels, les résultats nationaux étaient estimés par l'Assurance maladie en 2007, à 66 %.

Tableau 29 : Taux de participation au dépistage organisé et nombre de départements impliqués pour le dépistage du cancer du sein. Évolution 1999-2007

Année	Taux de participation	Nombre de départements
1999	40	30
2000	39	32
2001	28,5	32
2002	24,4	34
2003	34	67
2004	40	96
2005	45	100
2006	49	100
2007	50,7	100

HCSP – Evaluation du plan cancer 2003 – 2007 rapport Final janvier 2009

*

**

Les accords présentés supra n'ont pas fait, à la connaissance du secrétariat général du HCAAM l'objet d'un suivi ou d'une évaluation. Les quelques évaluations connues sont mitigées : il est souvent difficile d'identifier l'effet propre d'un accord. Qu'aurait donné l'Acbus angine sans la campagne sur la consommation d'antibiotique ? La faible progression du dépistage organisé du cancer du sein vient-elle d'un Acbus trop peu contraignant ou bien d'une multiplicité de facteurs, culturel pour les professionnels, psychologique pour les femmes ?

Les objectifs poursuivis dans les Acbus sont suffisamment important pour que la portée des actions qu'ils prévoient soient évaluée et si besoin repositionnée dans des dispositifs plus performants. On observe que certains objectifs poursuivis (amélioration de la prescription de transports, du dépistage du cancer du sein) sont apparus dans de nouveaux outils (objectif de maîtrise médicalisée, contrat individuel d'amélioration des pratiques notamment), hors du cadre des Acbus.

5) L'évaluation des résultats du dispositif conventionnel de 2005

a) Résultats sur la qualité des soins

Le secrétariat du conseil ne dispose pas à ce jour d'un bilan.

b) Economies observées

- des résultats positifs ont été obtenus les premières années, essentiellement grâce à la mise en œuvre d'une politique plus stricte en matière de contrôle des arrêts de travail
- certains domaines d'action n'aboutissent pas à des évolutions importantes, tels notamment le respect des règles de l'ordonnancier bizonne pour les patients souffrant d'une affection de longue durée.
- on constate que d'année en année, les objectifs d'économies retenus correspondent à un niveau d'économies potentielles moins élevé afin de déterminer des objectifs cibles plus réalistes.

Tableau 30 : Taux d'atteinte des objectifs conventionnels d'économies tous régimes estimé par la Cnamts pour l'année 2008

(en millions d'euros)

Année	Objectifs 2005 (1)	Réalisations 2005 (1)	% atteinte des objectifs	Objectifs 2006 (1)	Réalisations 2006 (1)	% atteinte des objectifs	Objectifs 2007 (1)	Réalisations 2007 (1)	% atteinte des objectifs	Objectifs 2008	Economie projetée à partir des données à fin août *
Antibiotiques	91	35	38 %	63	46	73 %	40	27	65 %	39	52
Statines	161	122	76 %	93	135	145 %	95	131	138 %	116	53
IPP	-					46 %		27	135 %	47	63
Psychotropes	33	11	33 %	13	20	153 %	13	8	62 %	11	5
Arrêts de travail (I)	150	432	288 %	190	262	138 %	80	0	0 %	68	0
ALD (prof. santé libéraux)	340	88	26 %	292	80	27 %	146	73	50 %	122	44
ALD (établissements)	115	-	-	-	-		-	-			
Médicaments génériques	55	33	60 %	25	25	100 %	20		0 %	33	0
AcBUS	53	0	0 %	59	-	0 %	49	24	49 %	58	17
Transport	-	-	-	38	0	0 %	30	24	80 %	51	81
IEC-sartans	-	-	-	28	12	-	80	62	78 %	30	31
Actes	-	-	-	-	-	-	30	0	0 %	30	
Dispositifs médicaux	-	-	-	-	-	-	20	7	30 %	12	
Anti-hypertenseurs	-	-	-	-	-	-	20				
Total	998	721	72 %	791	581	73 %	623	383	61 %	613	346

* prévisions (en millions d'euros)

Sources : commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, novembre 2008

En 2007, le Conseil avait conclu les deux points suivants concernant la mise en œuvre du dispositif :

« - l'évaluation des « économies » se fait en rapportant les dépenses effectives à celles qu'on aurait du constater si la tendance passée s'était prolongée. Cette option – légitime - pose des problèmes de méthode (choix de la période de référence, estimation de la tendance). Au-delà, il convient de rappeler que la réalisation de ces « économies » est compatible avec la croissance en valeur absolue des dépenses en cause.

- même si, comme le soulignait le HCAAM dans son avis du 24 mai 2007, il n'existe aucun lien mécanique entre les résultats de la maîtrise médicalisée et l'évolution de la rémunération des médecins (il faut s'en féliciter), on voit bien que dans le débat on introduit l'idée d'un

intéressement collectif des médecins à la maîtrise médicalisée. Cette approche peut être pertinente. Encore faut-il que l'analyse des résultats se fasse avec rigueur (on ne doit pas être tenté de flatter le bilan pour légitimer les mesures adoptées en termes de revalorisation) et qu'on voie clair dans la façon dont on impute les économies constatées (sont-elles le fait des médecins ? d'autres acteurs ? ou d'évolutions économiques ou sociales étrangères à la pratique médicale)¹⁰⁸. Enfin, si gains d'efficience il y a, il faut qu'ils soient équitablement partagés entre les médecins et les assurés/cotisants. ».

6) L'évaluation des résultats des contrats individuels dans le cadre conventionnel

La cour des comptes avait présenté un bilan plutôt sévère de ces dispositifs dans son rapport de 2005. L'analyse de la Cour était la suivante : lorsque les engagements sont contraignants, les taux d'adhésion restent faibles ; dans la plupart des cas, les engagements se bornent à entériner les pratiques existantes.

Constatant qu'aucun bilan financier global n'était disponible, pour 2003 ni 2004, et rappelant les contreparties dont bénéficiaient les signataires, elle concluait qu' « *au regard de ces avantages, les engagements pris paraissent avoir eu peu d'impact sur les pratiques individuelles* ».

*

* *

Il est tout d'abord remarquable de constater l'imagination et les initiatives dont ont fait preuve les partenaires conventionnels et le régulateur pour faire vivre la maîtrise médicalisée depuis 1993. Des textes législatifs, réglementaires, conventionnels, sont venus alimenter les formes de la politique de maîtrise médicalisée : évolution de la formation, mise en place de dispositifs de contrôle, voire de sanction, prise d'engagements collectifs ou encore formes individuelles de contrat.

Ce mouvement n'aurait pu être impulsé sans les nettes améliorations que constituent une connaissance plus fine de la pratique effective des médecins et une production plus complète des documents de références qualité. C'est en effet le développement concomitant des systèmes d'information et du travail sur les références qualité qui a permis de donner des bases plus solides à une politique de maîtrise médicalisée. En revanche, peu de progrès sont intervenus pour mettre en place un système de coordination des soins.

Force est cependant de constater que les progrès réalisés dans l'amélioration de la qualité des pratiques collectives sont faibles. L'importance de la part non expliquée de l'hétérogénéité des pratiques médicales, à l'origine du concept de maîtrise médicalisée est encore observée aujourd'hui sur des sujets aussi communs et importants que la vaccination antigrippale, la participation des patientes au dépistage organisé du cancer du sein ou la réalisation de trois dosages annuels d'hémoglobine glycosylée pour les patients atteints de diabète. De même, des prescriptions de médicaments non adaptés sont toujours observées : on sait par exemple 14% des patients de plus de 65 ans sont traités par Benzodiazépines à demi-vie longue dont la

¹⁰⁸ S'agissant des IJ par exemple, on mesure la difficulté de l'exercice d'imputation. Une étude de la CNAMTS sur la période 1990/2005 analyse – et modélise – ainsi la contribution des différents facteurs d'évolution du nombre d'IJ (de courte durée) : le niveau du chômage, la part des actifs âgés de 55 à 59 ans, la baisse des accidents de la route, la rapidité du passage des IJ vers l'invalidité, l'importance des contrôles ou encore la modification de la prescription des médecins.

consommation induit pourtant des troubles de l'équilibre. Au regard des autres pays européens, le modèle français de prescription a conservé de spécificités peu explicables (comment justifier la diminution de la prescription de médicaments dans le répertoire quand sur la même période les autres pays augmente nettement cette part ?).

L'examen de l'évolution des formes de la maîtrise médicalisée montre l'importance qu'on a accordée à la confiance pour mettre en œuvre cette politique. On a fait le choix d'introduire la bonne pratique médicale en emportant la conviction individuelle des professionnels. C'est clairement l'option choisie notamment pour l'évaluation des pratiques professionnelles ou dans les actions de sensibilisation (on part du principe que le médecin qui connaît sa propre évaluation tend à améliorer sa pratique). La conséquence de ce choix est une extrême lenteur dans les résultats obtenus. Le risque qui s'ensuit est de susciter l'impatience du régulateur et la tentation de politique privilégiant le court terme.

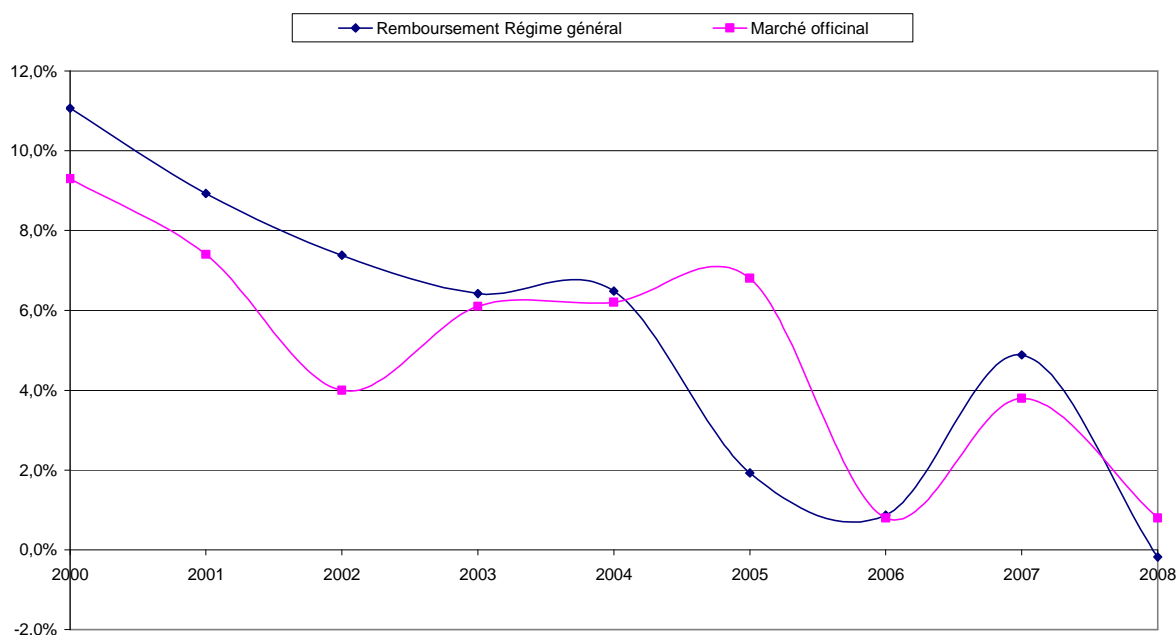
L'optimisation de la qualité des soins est un objectif solide, partagé par tous. Ce sont les formes de la politique qui le porte qui peuvent être amenées à connaître une évolution. La mise en œuvre du CAPI pourrait en être une illustration, notamment s'il parvient objectiver un « score de qualité ». A la condition de reposer sur des fondements robustes de qualité, scorer la qualité ouvre des perspectives nouvelles qui pourraient être déclinées à partir de différents outils et notamment ceux de la rémunération. On voit bien par exemple que la reconnaissance à la fois par les régimes de base et par les organismes complémentaires de garanties de qualité communes pourrait donner à un dispositif comme le secteur optionnel, qui n'a été abordé dans le chapitre précédent que dans ses aspects d'accès aux soins et de gestion des dépassements, une dimension supplémentaire.

L'attachement à l'objectif d'optimisation de la qualité des soins ne doit pas voiler la nécessité d'accélérer l'obtention de résultats plus mesurables sur la pratique médicale. La maîtrise médicalisée doit faire les preuves de son efficacité pour rester un élément de la régulation, permettant d'orienter de manière plus optimale les priorités budgétaires.

CHAPITRE IV - LES AVIS ADOPTES PAR LE HCAAM**I - Actualisation et avis sur le médicament**

Un constat global : 2008, est l'année de la décennie dont le taux d'évolution est le plus faible

Taux d'évolution du marché officinal remboursable et des remboursements de médicaments



Source : CNAMTS 2009 pour les remboursements, GERS 2009 pour le marché officinal

2008 est l'année à plus faible taux d'évolution, que ce soit en termes de chiffre d'affaires officinal (+0,8%) ou de remboursements (-0,2%, premier taux négatif depuis 1987). De plus, les taux sont calculés à partir de données brutes et seraient plus faibles d'environ 0,4 point (+0,4% pour le marché officinal et -0,6% pour les remboursements) en tenant compte des corrections pour jours ouvrés¹⁰⁹.

Cette évolution est la résultante d'effets contraires que nous allons détailler :

Un effet structure toujours important

Il existe depuis très longtemps une déformation de la consommation pharmaceutique au profit des produits plus chers. Ce phénomène connu sous le nom *d'effet-structure* implique que, même sans aucun accroissement du prix unitaire des spécialités, le prix moyen de l'ensemble de la consommation pharmaceutique s'élève :

Tableau 31 : Evolution du prix moyen (Prix Fabricant Hors Taxe) des médicaments remboursables en ville

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
€ courants	4,6€	4,8€	5,1€	5,4€	5,5€	5,8€	6,2€	6,4€	6,9€	7,1€	7,5€
€ constants	5,2€	5,4€	5,7€	5,9€	5,9€	6,1€	6,4€	6,5€	6,9€	7,0€	7,5€

Source : Données GERS 2009; calculs : Secrétariat général du HCAAM

¹⁰⁹ 2008 compte un jour ouvré de plus que 2007, soit une correction de l'ordre de 0,4 point.

En dix ans le prix moyen a progressé de +63% en euros courants (+5% en moyenne annuelle) et +38% en euros constants (+3,7% en moyenne annuelle). Cette forte progression résulte d'une modification de la répartition du marché selon les prix. En 1996 moins de 5% du chiffre d'affaires concernait des produits de plus de 20€ l'unité (boite, flacon, etc.). Aujourd'hui ce pourcentage dépasse 51%, en progression de 3,8 points par rapport à 2007 (47,8% en 2007 et 51,6% en 2008) :

Tableau 32 : Répartition des chiffres d'affaires (PFHT) en fonction du prix unitaire du médicament (*marché remboursable*)

Tranche de PFHT (Prix Fabricant Hors Taxe)	CA 1996	CA 2006	CA 2007	CA 2008
< 1€	1,7%	2,0%	2,0%	2,0%
de 1 à 5€	42,2%	18,5%	17,8%	16,2%
de 5 à 10€	27,9%	12,8%	12,0%	11,5%
de 10 à 20€	23,4%	22,2%	20,3%	18,7%
de 20 à 150€	4,5%	32,6%	33,9%	36,3%
> 150€	0,3%	12,0%	13,9%	15,3%
Prix Fabricant Hors Taxe moyen	4,3 €	6,9 €	7,1 €	7,6 €
Prix Public Taxes Comprises moyen	6,5 €	8,8 €	10,1€	10,5 €

Source : GERS, 2009

Une autre manière d'illustrer la modification du marché de ville est proposée dans le tableau suivant où l'on peut observer l'accroissement des médicaments remboursés *a priori* à 100%, qui comprend de très nombreux ex-médicaments de réserve hospitalière :

Tableau 33 : Répartition du marché officinal selon le taux de remboursement des médicaments [Chiffre d'affaires au Prix Fabricant Hors Taxe (prix usine) ; en M€]

CA.PFHT	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Non remb.	10,9%	10,3%	9,0%	8,3%	8,0%	7,8%	7,4%	6,8%	8,0%	7,9%	8,9%
15%	3,3%	3,1%	2,7%	2,5%	2,3%	2,1%	1,9%	1,8%	1,2%	1,2%	0,0%
35%	21,3%	20,7%	19,8%	18,4%	17,7%	16,6%	15,6%	14,9%	12,5%	11,9%	11,3%
65%	61,7%	63,1%	65,3%	67,4%	68,4%	69,3%	69,6%	69,9%	70,6%	70,0%	69,8%
100%	2,7%	2,9%	3,2%	3,3%	3,6%	4,2%	5,5%	6,6%	7,8%	9,1%	10,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

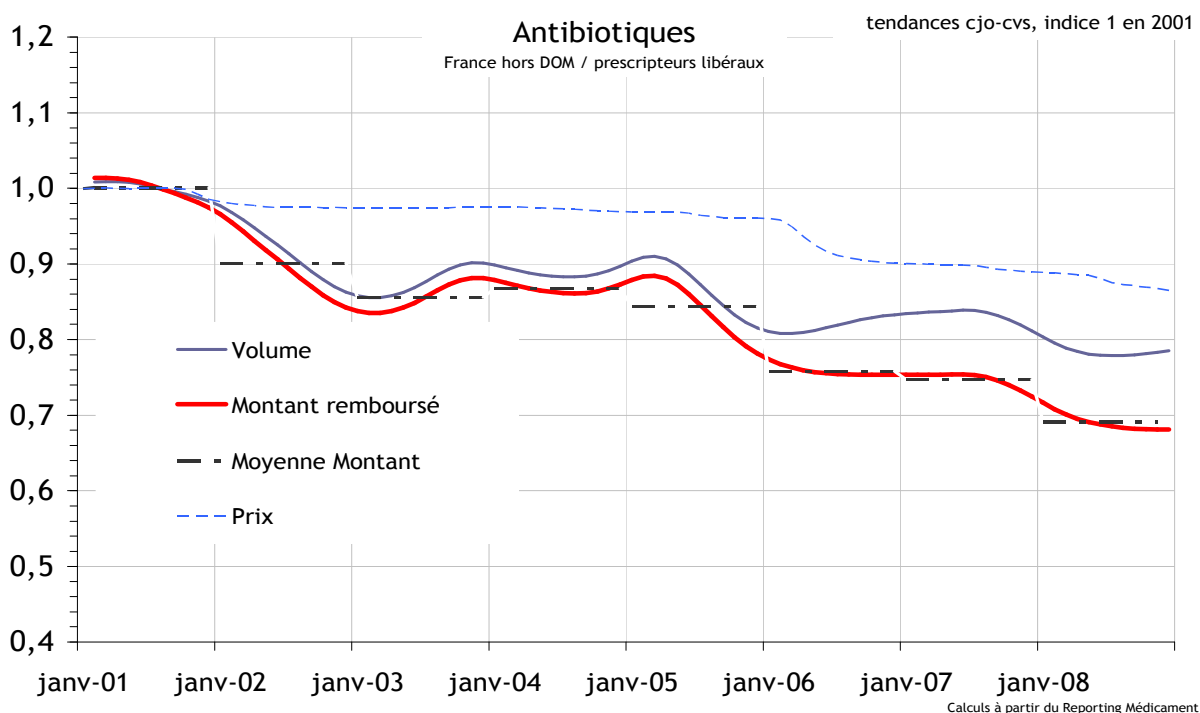
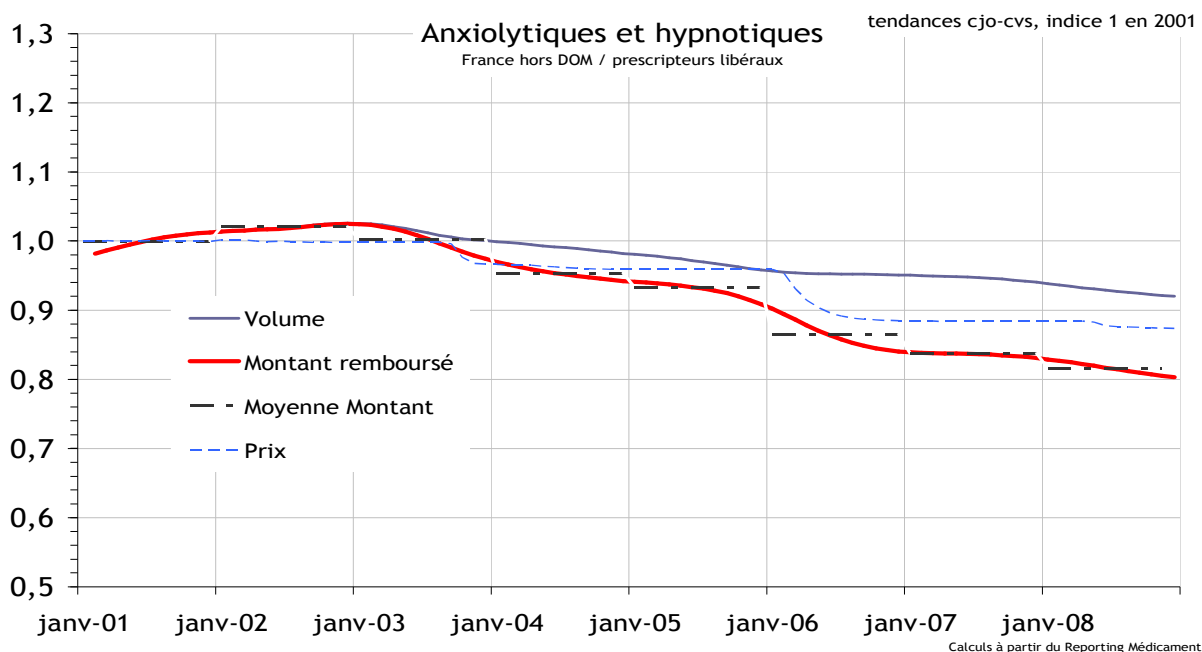
Source : GERS 2009

Les médicaments remboursés à 100% qui représentaient 2,7% du chiffre d'affaires en 1998 font 10% du marché aujourd'hui.

Des volumes en baisse

Après une relative stabilité des unités vendues en 2007 (-0,1% pour l'ensemble du marché officinal et +0,1% pour les spécialités remboursables), les volumes ont chuté de 4,9% en 2008 pour le marché officinal remboursable. Cette baisse est à rapprocher de celle du nombre des actes de prescriptions des généralistes dont le nombre de C+V est passé de 244 millions en 2007 à 241 millions en 2008 (soit -1,3%).

En particulier deux classes pharmaco-thérapeutiques qui relèvent des actions de maîtrise médicalisée de l'assurance maladie sont en baisse de volume :



Un rendement très important de la franchise de 0,5€ par boîte de médicament

La mise en place depuis janvier 2008 d'une franchise de 0,5€ par boîte de médicament a rapporté environ 740M€ en 2008, dont 625M€ pour le régime général, 56M€ pour le régime agricole et 38M€ pour le régime des indépendants.

Le montant de la franchise représente 3,6% des remboursements de médicaments des trois régimes principaux d'assurance maladie en 2008 (20,2Md€).

Les génériques continuent de se développer

La CNAMTS estime à environ 200 millions le montant total économisé au titre des génériques en 2008 (100M€ d'effet lié à la hausse du taux moyen de pénétration entre 2007 et 2008, à répertoire constant et, 100M€ d'effet lié à l'extension du répertoire).

Le tableau suivant retrace l'évolution depuis 2000 du marché des génériques :

Tableau 34 : Evolution de la part des médicaments génériques

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Génériques (tous régimes) : - millions de boîtes - montants remboursables	130 560M€	170 730M€	215 980M€	270 1,28Md€	325 1,7Md€	380 2,1Md€	429 2,4Md€	511 3,0Md€	573 3,5Md€
Princeps (tous régimes) : - millions de boîtes - montants remboursables	420 2,94Md€	390 2,83Md€	340 2,34Md€	250 1,68Md€	250 1,9Md€	275 2,2Md€	272 2,2Md€	217 1,8Md€	174 1,5Md€
Total répertoire ts régimes - millions de boîtes - montants remboursables	550 3,50Md€	560 3,56Md€	555 3,32Md€	520 2,96Md€	575 3,60Md€	655 4,3Md€	701 4,7Md€	728 4,8Md€	748 5,1Md€
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en volume (nombre de boîtes)	24%	30%	38,7%	51,8%	56,8%	58,0%	61,2%	70,2%	76,7%
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en valeur	15,9%	20,4%	29,4%	43,3%	46%	48,8%	52,1%	62,8%	69,9%
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en volume (nombre de boîtes)	5,4%	6,7%	8,4%	10,4%	13%	14,6%	17,6%	20,5%	23,5%
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en valeur (prix public)	3%	3,5%	4,6%	5,7%	7%	8,6%	9,9%	11,7%	13,3%

Source : CNAMTS, 2009. Les trois premières lignes comportent des données tous régimes d'assurance maladie. Les quatre dernières concernent le seul régime général (hors sections locales mutualistes, hors DOM).

La progression est forte. Le chiffre d'affaires des génériques a été multiplié par six depuis 2000. Le générique représentait alors une boîte sur vingt, il en représente presque une sur quatre aujourd'hui. De même, sur l'ensemble des produits généricables, la pénétration générique est passée de 24% en 2000 à plus de 76,7% en 2008.

Toutefois, comme le Haut conseil le signale depuis plusieurs années, tandis que la pénétration générique progresse bien au sein du répertoire, la part du répertoire dans l'ensemble des médicaments remboursés a tendance à stagner. Le répertoire en valeur représente 19% du marché remboursable en 2008 comme en 2000.

Tableau 35 : Evolution de la part des prescriptions au sein du répertoire rapportée au total des médicaments remboursés

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
en volume (nombre de boîtes)	22,5%	22,3%	21,7%	20,1%	22,9%	25,0%	28,8%	29,2%	30,6%
en valeur (dépenses remboursables)	18,9%	17,2%	15,6%	13,2%	15,2%	17,4%	19,0%	18,6%	19,1%

Source : CNAMTS, 2009, régime général hors SLM, hors DOM

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE**25 Septembre 2008**

**Avis sur le médicament,
adopté le 25 septembre 2008
par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie**

Comme lors des travaux de juin 2006 le haut Conseil s'est attaché essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance maladie. Ses analyses n'ont pas porté sur les autres aspects de ce secteur industriel et commercial qui constitue une importante contribution à l'économie nationale, et notamment son apport en investissements, en emplois, en exportations et en recherche-développement de molécules innovantes.

L'effet-structure tendanciel est accru par la sortie dans le marché de ville de médicaments auparavant réservés à l'hôpital

Il existe depuis très longtemps une déformation de la consommation pharmaceutique au profit des produits plus chers. Il y a dix ans moins de 5% du chiffre d'affaires concernait des produits de plus de 20€. Aujourd'hui ce pourcentage atteint 48%. Ce phénomène connu sous le nom *d'effet-structure* implique que, même sans aucun accroissement du prix unitaire des spécialités, le prix moyen de l'ensemble de la consommation pharmaceutique s'élève. Sur la période 1997-2007 le prix moyen a progressé de +61% en euros courants (+4,9% en moyenne annuelle) et +38% en euros constants (+3,3% en moyenne annuelle).

A cet effet « classique » s'ajoute depuis juin 2004 le renchérissement du marché de ville dû à la sortie de nombreux produits de la réserve hospitalière qui sont dispensés aujourd'hui par les pharmacies officinales. Environ 140 présentations (44 spécialités) sont sorties de la réserve hospitalière depuis 2004. En 2007, l'effet de renchérissement lié à la sortie des produits de la réserve hospitalière ne devrait plus être significatif.

Pour la CNAMTS¹ « *ce transfert de l'hôpital vers la ville se traduit par une hausse des prescriptions des médecins hospitaliers dans l'enveloppe de ville : ceux-ci sont souvent à l'origine des traitements de pathologies lourdes (médicaments de spécialités), qu'ils soient délivrés à l'hôpital (rétrocession) ou en ville (sortie de réserve hospitalière). En 2007, les prescriptions des médecins hospitaliers représentent près de la moitié (49%) de la croissance des dépenses de médicaments en ville. Cette contribution à la croissance est d'autant plus importante que les prescriptions hospitalières ne représentent que 25% des montants remboursés pour la pharmacie de ville.* »

¹ CNAMTS, Point d'information 13 mars 2008, *Dépenses de médicaments en 2007 : quels sont les principaux moteurs de la croissance ?*

Toutefois les données disponibles ne permettent pas, pour le moment, de comparer les deux populations (population bénéficiant de prescriptions externes à l'hôpital et population ambulatoire) et donc de comparer les taux d'évolution des prescriptions afférentes.

Les médicaments des maladies orphelines, un marché à suivre

Les médicaments des maladies orphelines² constituent une source de dépense croissante pour l'assurance maladie. Ce marché est en plein développement et, à fin 2007, plus de 500 molécules avaient eu la désignation médicament pour pathologie orpheline, dont une cinquantaine bénéficiait d'une AMM.

Le chiffre d'affaires réalisé par les laboratoires pour ces produits est 580M€ en 2007.

Ces médicaments étant souvent très onéreux³ (les frais de recherche et de développement ne s'amortissant que sur des quantités limitées) et le nombre de malades traités pouvant être globalement significatif⁴, il conviendrait d'avoir un suivi spécifique de ce marché.

La gestion de la « liste en sus » est un impératif

Depuis 2004 et selon une montée en charge progressive, les établissements de santé publics et privés sont financés dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Le principe général de la prise en charge hospitalière des médicaments et des dispositifs médicaux est leur inclusion dans les prestations d'hospitalisation et dans le coût des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Une dérogation est prévue à ce principe. Certains médicaments et dispositifs médicaux, notamment lorsqu'ils sont à la fois onéreux et susceptibles d'introduire une hétérogénéité dans les coûts de séjour en raison de la variabilité des prescriptions au sein d'un ou plusieurs GHS, peuvent être facturés en sus des tarifs des prestations d'hospitalisation. Ces médicaments et dispositifs médicaux sont alors inscrits sur une liste, dite « liste en sus » ou « liste T2A ».

A fin 2007, plus de 420 spécialités pharmaceutiques sont prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation, soit une dépense estimée de 1,9Md€, en croissance de 13,5% par rapport à 2006 dont 5,4% de progression des volumes. Au sein de ces produits, les anticancéreux coûteux (40% des spécialités de la liste) représentent 1,4Md€ (progression de 10,6% en valeur par rapport à 2006).

Le contenu de la liste en sus, fixée dans le cadre d'une instruction conjointe DHOS-DSS-DGS, pose de délicats problèmes d'arbitrage.

La facturation en sus n'incite pas les gestionnaires des établissements de santé à une gestion optimale. C'est pourquoi depuis le 24 août 2005 un mécanisme d'incitation au bon usage des médicaments et des produits et prestations a été introduit pour les établissements de santé publics ou privés (articles D.162-9 à D.162-16 du CSS). Il se formalise par la conclusion d'un

² En Europe le seuil admis pour parler de pathologie orpheline (ou maladie rare) est une personne atteinte sur 2 000, soit pour la France moins de 30 000 personnes pour une maladie donnée.

³ Ainsi un médicament ayant récemment eu une autorisation de mise sur le marché dans le traitement de l'hémoglobininurie paroxystique nocturne (une injection intraveineuse tous les 15 jours d'un anticorps monoclonal) devrait coûter 350 000€ par an et par patient. Actuellement 76 patients sont traités en France avant la décision de remboursement et près de 300 patients seront traités dans un proche futur. D'autres molécules sont en développement et auront une autorisation de mise sur le marché, dont le coût par patient et par an devrait se situer entre 500 000 et 1,2 million d'euros.

⁴ Environ 3 à 4 millions de personnes en France.

contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations⁵ conclu entre l'établissement de santé, l'agence régionale d'hospitalisation et l'assurance maladie.

Pour éviter une croissance forte de la dépense des médicaments facturables en sus, aux dépens de l'enveloppe tarifaire, il est nécessaire de renforcer la régulation de la liste en sus. Un certain nombre de pistes sont envisagées par les différentes administrations :

- recourir plus systématiquement à des référentiels nationaux de bon usage élaborés par les institutions expertes (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer),
- mettre à disposition des professionnels de santé des recommandations établies par la Haute autorité de santé présentant une analyse médico-économique par classes des produits, en cohérence avec les dispositions de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale : « *les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».
- réintégrer dans les tarifs les dépenses afférentes aux catégories de médicaments dès lors que cette réintégration s'avère possible,
- plafonner la part perçue par les pharmacies au sein des établissements de santé, pour la fonction de distribution de médicaments en réserve hospitalière lorsqu'il s'agit de médicaments très coûteux,
- mettre en place un dispositif au sein des établissements de santé pour vérifier que la prescription d'un médicament hors GHS ne puisse être substituée par un médicament équivalent dans le GHS,
- responsabiliser financièrement les établissements de santé au travers de la diffusion d'informations permettant aux établissements et aux prescripteurs de comparer et d'évaluer leurs pratiques,
- renforcer la précision et la rigueur des conditions prises en compte par le Conseil de l'Hospitalisation pour élaborer ses recommandations relatives aux inscriptions sur la liste en sus,
- maîtriser la consommation par l'encadrement des pratiques de prescription (observation, évaluation, contrôle)
- réguler les dépenses de la liste en sus par une extension de la clause de sauvegarde (régulation macroéconomique), une action sur les prix en cas de développement quantitatif important et une responsabilisation de chaque établissement.

Le plan médicament lancé en 2004 a produit ses effets.

Le plan médicament présenté en septembre 2004 portait sur les principaux axes suivants :

- le développement du marché des génériques,
- la gestion conventionnelle des prix des médicaments brevetés,
- le déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRi)
- la mise à disposition des conditionnements trimestriels⁶.

⁵ Afin d'éviter trop d'hétérogénéité au sein de ces contrats, il conviendrait de les standardiser.

⁶ Les principales mesures du plan médicament sont, outre les baisses de prix de médicaments sous brevet (IPP, statines, ... en 2004 et 2006) :

- déclassement en février 2006 (passage du taux de remboursement de 35% à 15%) de 105 médicaments veinotoniques, accompagné d'une baisse de leur prix,

Parallèlement au Plan Médicament, la politique conventionnelle et les accords de maîtrise médicalisée entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux ont permis d'obtenir des résultats importants en termes d'évolution des comportements de prescription et de consommation médicamenteuse, en particulier une inflexion nette de la prescription de statines (médicaments anti-cholestérol) et une réduction du nombre d'instaurations de traitements inappropriés⁷. De plus, des actions « de terrain » ont été démultipliées et fortement structurées. Ainsi des délégués de l'assurance maladie (DAM) effectuent des visites régulières auprès des différents professionnels de santé (visites à domicile, audits - retours d'information) en complémentarité avec les médecins-conseils. Pendant le même temps le développement des systèmes d'information a permis d'enrichir les données de remboursement par des données médicales.

Le total des économies générées pour l'assurance maladie a été, sur la période 2005-2007, d'environ 3,1Md€, soit 5,1% des remboursements de médicaments sur cette période.

Pendant les trois années 2004, 2005 et 2006 la croissance des remboursements de médicaments a été inférieure à celle du reste des soins de santé.

Ce phénomène s'est inversé pour l'année 2007 et les remboursements de médicaments ont augmenté de 4,9%, soit près d'un point de plus que l'ensemble des soins de santé.

La situation des huit premiers mois de l'année 2008 est assez différente de celle de 2007 puisqu'on observe une évolution négative des remboursements de médicaments [-0,9% janvier-août 2008/janvier-août 2007 en données corrigées des jours ouvrées], contre une progression de +2,2% pour l'ensemble des soins de ville. Si l'on raisonne en cumul mobile sur 12 mois (période septembre-août 2008/septembre-août 2007) les progressions sont respectivement de +1,1% pour les remboursements de médicaments et de +2,7% pour les remboursements de soins de ville. La mise en place d'une franchise de 0,5€ par boîte de médicament depuis janvier 2008 explique en partie cette évolution mais il convient également d'observer, sur les huit premiers mois de 2008, une baisse des volumes des médicaments remboursables (-4,5% en nombre de boîtes⁸).

- déremboursement en mars 2006 de 282 spécialités pharmaceutiques à prescription médicale facultative (Arrêté du 17 janvier 2006 paru au JO du 25 janvier 2006. Les classes les plus concernées ont été les antidiarrhéiques, les mucolytiques et la phytothérapie sédative).

- accord national du 6 janvier 2006 entre l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et les syndicats de pharmaciens officinaux qui établit un objectif moyen annuel de taux de pénétration des génériques,

- baisses de 15% à 25% sur le prix de la quasi-totalité des médicaments du répertoire. Ces baisses de prix sont entrées en vigueur au 1^{er} février 2006 pour les princeps et, dans l'ensemble, au 15 mars pour les génériques.

- à partir de 2006 : baisses de 15% des prix des médicaments princeps à la date de commercialisation de leurs premiers génériques.

- passages sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) de plusieurs classes de médicaments pour lesquelles la pénétration générique était jugée insuffisante,

- subordination de la dispense d'avance de frais à l'acceptation de la délivrance d'un médicament générique, mesure dite « génériques contre tiers payant » (article 56 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui complète l'article L.162-16-7 du Code de la Sécurité sociale).

- déclassement en janvier 2007 (remboursement à 15%) de médicaments à service médical rendu insuffisant et prescription médicale obligatoire (antidiarrhéiques et antitussifs).

Signalons également une mesure introduite quelques mois avant le plan médicament : en février 2004, définition d'une troisième tranche de marge à taux réduit (2% au lieu de 6% pour les grossistes-répartiteurs et 6% au lieu de 10% pour les pharmaciens officinaux) au-delà de 150€.

⁷ Baisse de 28% de ces instaurations sur les quatre derniers mois de 2005, comparativement à la même période de 2004, ce qui s'est traduit par une baisse de 13% sur l'ensemble de l'année du nombre d'instaurations de traitement (source CNAMTS).

⁸ La progression du chiffre d'affaires industriel des médicaments remboursables sur la période janvier-août 2008 est +1,1%.

L'analyse de la croissance des remboursements en 2007 fait apparaître des différences d'évolution importantes entre les médicaments destinés au traitement des pathologies aiguës (+1,7%), ceux destinés aux pathologies chroniques (+2,9%), les médicaments psychotropes et antidépresseurs (-2,1%) et les médicaments de « spécialités » (anticancéreux, hormones de croissance, etc.) qui progressent de 10,9% et représentent plus de la moitié de la croissance des dépenses.

On observe un très bon développement des génériques et une stagnation des prescriptions de médicaments dans le répertoire.

Un générique est un médicament qui, par rapport à un produit princeps dont le brevet de protection est tombé dans le domaine public, a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent au produit princeps. L'avantage financier est que son prix est inférieur au prix du produit princeps. Le prix fabricant (prix de sortie usine) d'un générique doit être inférieur d'au moins 55% au prix du princeps, ce qui, compte tenu des marges de distribution différentes, correspond à un prix public (prix vignetté) inférieur d'environ 45%.

La France a démarré beaucoup plus tard que les autres pays la substitution générique⁹. Mais elle a mis en place un système d'incitations économiques qui a permis d'obtenir un développement important des génériques. Le chiffre d'affaires des génériques a été multiplié par 4 depuis 2000. Le générique représentait alors 1 boîte sur 20, il en représente 1 sur 5 aujourd'hui. De même, sur l'ensemble des produits généricables, la pénétration générique est passée de 24% à plus de 80% aujourd'hui.

Il fallait en 2004 ou 2005 un an et demi pour qu'un générique prenne 50% du marché alors qu'il faut aujourd'hui à peine six mois.

Toutefois, la situation n'est pas satisfaisante. Tandis que la pénétration générique progresse au sein du répertoire (ce qui peut être délivré sous forme de générique l'est de plus en plus), le répertoire lui-même a tendance à stagner (la part du répertoire dans l'ensemble des médicaments ne progresse pas). Le marché d'un certain nombre de molécules génériquées disparaît même au profit de molécules non génériquées et globalement la part des prescriptions au sein du répertoire ne bouge pas (le répertoire représente en valeur 19% des dépenses de médicaments remboursables depuis 2000).

En fait, la prescription se déplace vers les produits « hors répertoire » et donc encore sous brevet, ce qui explique le résultat décevant précité.

Pour tenter d'améliorer la prescription dans le répertoire, les médecins se sont engagés dans le cadre de la maîtrise médicalisée à privilégier « en fonction des besoins du malade, la prescription des médicaments figurant dans le répertoire des génériques, ce qui permet au pharmacien de substituer un générique à un médicament de marque ».

Les résultats montrent qu'on est à environ une boîte sur deux d'IPP dans le répertoire en 2006 et un pourcentage en baisse de cinq points en 2007¹⁰. La marge de progression vers l'efficacité est encore grande, surtout si on compare nos prescriptions à celles des pays européens voisins (les prescriptions dans le répertoire représentent plus de 80% des prescriptions d'IPP en Espagne et au Royaume Uni ; pour les statines ces taux sont de 60% au Royaume Uni et de 80% en Allemagne).

⁹ La Mutualité Française propose un "Bilan des 25 ans de politique du médicament générique" (à paraître).

¹⁰ Source Médic'assurance maladie : 48% de boîtes d'IPP dans le répertoire en 2006, 43% en 2007.

Il existe sans doute des gisements importants d'économie pour l'assurance maladie et le haut Conseil souhaite qu'une étude soit menée afin de déterminer dans l'ensemble de la pharmacopée la part des produits qui pourraient être prescrits au sein du répertoire, sans perte de chance pour les malades. Certains membres du Conseil souhaitent également que l'étude soit prolongée par la liste des médicaments essentiellement similaires (ne répondant pas à la définition scientifique du générique) qui pourraient être substituables (par exemple : paracétamol).

Où en est-on dans la fixation des prix au sein des classes où coexistent produits brevetés et produits génériques ?

Le système français de fixation administrative des prix conduit, comme le Haut Conseil l'a évoqué dans son avis de juin 2006, à des niveaux de prix cohérents : l'innovation est valorisée (par exemple par la procédure de dépôt de prix) ; les produits sans Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) sont introduits à des prix qui génèrent des économies pour l'assurance maladie. De même l'inscription de produits à faible ASMR (ASMR IV) qui pourraient être perçus comme des contournements de médicaments généricables est faite à surcoût nul pour l'assurance maladie¹¹.

Mais ce mécanisme ne règle pas le cas des produits « *me-too* » déjà installés et qui ont un prix supérieur à celui des génériques. Revoir à la baisse ces prix à l'expiration du brevet du premier produit d'une classe pharmaco-thérapeutique en établissant un schéma de convergence¹² des prix serait conforme aux intérêts des assureurs – qui n'ont pas, rappelons le, la possibilité de mettre en œuvre une politique d'achat. Les laboratoires concernés objectent que cette révision à la baisse affecterait leur situation pour des médicaments qui n'ont pas atteint la limite temporelle de protection et qu'il n'y a pas lieu de réduire la « garantie de durée » de leur prix initial qui rentabilise leur investissement.

Le haut Conseil avait, dans son avis de juin 2006, recommandé qu'une formule de convergence réaliste soit étudiée. La lettre ministérielle d'orientation du 6 octobre 2006 adressée au Président du Comité Economique des Produits de Santé a repris cette idée :

« (...) Un deuxième chapitre d'économies concerne les médicaments sous brevet. Nous restons attachés à un soutien aux médicaments apportant un véritable progrès thérapeutique et donc à une rémunération de ce progrès thérapeutique qui exclut toute politique de « jumbo class ». Cependant, pour des médicaments n'apportant pas ou apportant peu de progrès par rapport aux médicaments existants, il est demandé au comité de chercher, par voie conventionnelle ou à défaut par décision, une cohérence des prix au sein de chaque classe, en tenant compte de la présence de génériques. Dans les classes pharmaco-thérapeutiques qui le justifient, de nouvelles baisses de prix des médicaments sous brevet seront donc envisagées lorsqu'une offre générique significative existe au sein d'une classe ou en cas de baisse des prix des génériques de la classe »

¹¹ Cette règle est mise en œuvre de façon régulière par le CEPS. Parmi les exemples récents citons l'antihistaminique Xyzall® (principe actif : lévocétirizine), lévogyre de Zyrtec® et, dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate, Omexel® dont le principe actif, la tamsulosine, est le même que celui des produits plus anciens Omix® et Josir®.

¹² Qui pourrait être moins drastique que la formule allemande des *jumbo références*.

Cette « cohérence » des prix est effectivement recherchée par le CEPS au sein des classes pour laquelle un produit est génériqué. Citons par exemple le cas des statines. Deux molécules ont été génériquées : simvastatine (Zocor®, Lodales®) en mai 2005 et pravastatine (Elisor®, Vasten®) en août 2006. Le CEPS a procédé à une mise en cohérence de la classe en baissant en décembre 2006 le prix de l'atorvastatine (Tahor®), molécule toujours brevetée : -18% sur le dosage de 10mg et -7% sur le 20mg.

Dans la classe des antihistaminiques H1, la générication du Zyrtec® en 2005 s'est accompagnée, d'une part d'une introduction à un prix de générique pour Xyzall®, considéré comme un produit de contournement des génériques et, d'autre part, d'une baisse spécifique de 10% de tous les autres produits brevetés de la classe (Clarityne®, etc.).

Enfin, au sein de la classe des Inhibiteurs de la Pompe à Protons, un rapprochement des prix des cinq molécules a eu lieu depuis 2004.

Le Conseil se félicite de ces mesures de baisse de prix du Plan Médicament relatives tant aux princeps qu'aux génériques et aux *me-too*. Il souhaite que le mouvement de convergence des prix au sein des classes thérapeutiques se poursuive.

La question du prix des génériques

Pour situer le niveau des prix des génériques en France par rapport aux autres pays européens, il faudrait disposer de deux analyses : d'une part une comparaison européenne des prix fabricant sur le champ du marché national français, d'autre part une comparaison européenne des prix effectivement payés par les systèmes de protection sociale pour les médicaments, toujours sur le champ du marché national français.

De telles analyses ne sont pas disponibles à ce jour. Des données partielles tendent à montrer que la France se situerait dans la moyenne européenne.

Le haut Conseil, dans son avis de 2006, s'était accordé « sur l'opportunité d'étudier les conditions d'une libération du prix des génériques (qui serait remboursé sur la base du prix effectif dans la limite du plafond du prix d'introduction, actuellement fixé à 50% du princeps). »¹³.

Le LIR (Laboratoires Internationaux de Recherche) vient de prendre récemment une position très proche¹⁴.

Par ailleurs, certains pays européens (Belgique, Allemagne) ont récemment lancé des appels d'offre ciblés sur certaines classes génériquées.

Toute décision en la matière devra prendre en considération les conséquences sur la stabilité ou le développement du marché des génériques.

¹³ Le prix d'introduction est fixé depuis septembre 2008 à 45%

¹⁴ L.I.R., « Plateforme des Laboratoires internationaux de recherche » ; avril 2008 ; page 8 : « les règles de fixation des prix des génériques devraient être réformées, car la France reste l'un des pays où les prix des génériques sont, dans de nombreux cas, les plus élevés. La concurrence sur le marché des produits dont le brevet est échu aurait matière à s'exercer sur la base des propositions suivantes, déjà en place dans d'autres pays (ex : Royaume-Uni) :

- Lors de la perte du brevet, le CEPS fixerait un plafond de remboursement.
- Les prix et marges seraient libéralisés, et les marges arrières demeurerait supprimées : dès lors, les pharmaciens (et leurs groupements) auraient intérêt à négocier le prix le plus bas avec les génériqueurs.
- En fonction des prix réels pratiqués par les génériqueurs, les tarifs de remboursement seraient de temps à autres ajustés par le CEPS, afin de permettre à l'assurance maladie de bénéficier de la concurrence ainsi créée, ce qui n'est pas possible actuellement. »

L'impact des modifications de 2006 sur la prise en charge des médicaments à service médical rendu insuffisant

Les effets du déremboursement de mars 2006 : baisse de prescriptions et report

D'après les travaux de l'IRDES sur un panel de médecins généralistes, il résulte que les médecins ont baissé de moitié la prescription de mucolytiques et d'expectorants pour le traitement des infections des voies aériennes. Le phénomène a été immédiat et le taux mensuel de consultations associées à la prescription de mucolytiques et d'expectorants est passé de 34% en février 2006 à 17% en mars 2006 à la suite du déremboursement du 1^{er} mars. Ce phénomène est avéré quel que soit le diagnostic.

Dans son analyse qui porte sur l'ensemble des classes thérapeutiques déremboursées, la Mutualité française montre que la conséquence immédiate du déremboursement a été un effondrement des quantités vendues. Il y avait près de 213 millions de boîtes vendues en 2005 et 106 millions en 2006.

Les études de l'IRDES et de la Mutualité française fournissent trois autres résultats :

- Si les médecins ont massivement renoncé à prescrire les médicaments déremboursés, les patients ne se sont que très partiellement tournés vers l'automédication. En effet, entre 2005 et 2006, 8 millions de boîtes supplémentaires ont été vendues en automédication alors que le nombre de boîtes prescrites avait chuté de 115 millions.
- Les médecins ont reporté leur prescription de mucolytiques et d'expectorants déremboursés vers d'autres classes thérapeutiques remboursées comme les antitussifs ou les bronchodilatateurs, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes et les produits otologiques. Le nombre de médicaments différents prescrits par consultation n'a pas changé avant et après le déremboursement (3,4 avant et 3,3 après).
- Les prix de vente au public des spécialités déremboursées ont augmenté de 36% entre février 2006 (prix public TTC moyen : 3,05€) et décembre 2006 (4,15€) avec une grande disparité des prix selon les pharmacies. Il conviendra de voir si ce mouvement se poursuit en fonction de la politique d'achat de ces médicaments par les officines. L'évolution de ces prix est due pour 60% à l'augmentation des marges de distribution (grossistes et pharmaciens), pour 26% à celle du prix fabricant et pour 14% à celle de la TVA.

Le déclassement à 15% des veinotoniques : baisse de prescription et transfert vers des veinotoniques moins chers

L'étude de la Mutualité française sur la baisse du taux de remboursement des veinotoniques met en évidence :

- une baisse des quantités de 21% (74,5 millions de boîtes de veinotoniques ont été vendues (avec ou sans prescription) en 2006 contre 94 millions en 2005). Ce sont essentiellement les prescriptions de veinotoniques qui ont chuté.
- une baisse du chiffre d'affaires de 29,6% conséquence de la baisse des quantités et de la baisse des prix (en moyenne de 12%) qui a accompagné le déclassement de 35% à 15% de ces produits.
- une baisse des remboursements de l'assurance maladie de 55,4% en 2006.

Le haut Conseil se félicite de ces résultats.

La réforme des marges commerciales et la loi Chatel

La loi n° 2008-3 du 3 janvier 2008 pour le développement de la concurrence au service des consommateurs, dite loi Chatel, a profondément remanié les fameuses « marges arrière ».

L'exemple suivant permet d'illustrer les conséquences sur les prix de vente et les marges de l'application du nouveau dispositif issu de la loi Chatel.

Marges de distribution et prix du médicament	Avant loi Chatel	Après loi Chatel
PFHT d'un princeps	10€	10€
Marge pharmacien sur le princeps (0,53€ + 26,1% du PFHT)	3,14€	3,14€
PFHT du générique (1)	5€	5€
Marge pharmacien sur le générique = marge princeps (2)	3,14€	3,14€
Marge grossiste (3)	10,3% PFHT soit 0,52€	10,3% PFHT soit 0,52€
Remises article L.138-9 (4)	10,74% PFHT soit 0,54€	17% PFHT soit 0,85€
Coopération commerciale (marge arrière) (5)	15% prix achat ¹⁵ soit 0,67€	-
Prix Public Hors Taxe (1+2+3)	8,66€	8,66 €
Prix Public Taxes Comprises (TVA à 2,1%)	8,84€	8,84€
Marge totale (2+3+4+5)	4,87€	4,51€
Prix d'achat effectif à l'industriel (1-4-5)	3,79€	4,15€

Source : secrétariat général HCAAM, 2008

L'exemple ci-dessus montre que la loi Chatel :

1. réduit la marge totale perçue par les pharmaciens sur les médicaments génériques, puisqu'elle plafonne leurs avantages commerciaux (remise avant et marge arrière) ;
2. augmente le prix réel de vente de l'industriel au pharmacien, puisque le génériqueur verse moins d'avantages commerciaux ;
3. laisse le prix public de vente inchangé, puisque ni le PFHT, ni les marges pharmacien ou grossiste ne sont modifiés.

L'assurance maladie a récupéré la somme qui n'est plus versée par les génériqueurs aux pharmaciens, par le biais de baisses de prix ciblées sur certains génériques. Cela a entraîné une économie de l'ordre de 90 M€ (année pleine) pour l'assurance maladie.

En termes de marges de distribution, le nouveau système présente également l'avantage de régler définitivement la question de la récupération par le pharmacien de la marge grossiste en cas de ventes directes, problème soulevé par la DGCCRF dans l'ancien système.

De plus la nouvelle remise est applicable aux produits sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Enfin, la remise de 17% du PFHT s'applique désormais aux princeps sous tarif forfaitaire de responsabilité alors qu'ils n'étaient pas concernés par la remise de 10,74% dans l'ancien système. En effet, la remise « avant » sur les produits sous TFR et les princeps était plafonnée à 2,5% dans l'ancien système.

¹⁵ Prix d'achat = PFHT – remise article L.138-9 = 5€ - 10,74% de 5€ = 5€ - 0,537€ = 4,46€

En fait cette réforme devrait permettre de dégager *a priori* en 2008 une marge sur les produits du répertoire générique équivalente à celle de 2007. En 2007 la marge sur ces produits (hors produits sous tarif forfaitaire de responsabilité) représentait environ 850 millions d'euros, soit 15% de la marge sur les produits remboursables (pour 10% de CA)

La franchise médicale de 0,5€ par boîte de médicaments

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (titre III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale) introduit le principe d'une franchise annuelle à la charge de l'assuré.

Le décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007 précise le montant de cette franchise plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés, qui est effective depuis le 1^{er} janvier 2008 :

- 50 centimes d'euro par boîte de médicaments ou toute autre unité de conditionnement ;
- 50 centimes d'euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

Un plafond journalier a été mis en place : 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et 4 euros par jour pour les transports sanitaires. Il n'existe pas de plafond journalier pour les médicaments.

Sur 54 millions de consommateurs environ 15,5 millions ne se voient pas appliquer la franchise (moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU complémentaire, femmes enceintes prises en charge à 100% dans le cadre de la maternité).

Comme on peut l'observer dans le tableau suivant, 15% de la population consomme plus de 100 boîtes (ou autres unités de conditionnement) par an et seraient ainsi « plafonnés » sous l'hypothèse d'une franchise qui ne s'appliquerait qu'au médicament. Si on affine l'analyse de la population générale en séparant les consommateurs en deux groupes, ALD (7,9 millions de consommateurs) et non ALD (30,6 millions de consommateurs), ce pourcentage est environ 50% pour les ALD et 10% pour les non ALD

Voici la répartition de la consommation de médicaments en 2007 pour les 38,5 millions de personnes ayant consommé des médicaments et à qui s'appliquent les franchises.

Répartition des consommations de médicaments en 2007, population soumise à franchise

Vingtile	Nombre de boîtes par individu	Dépense remboursable	Montant remboursé	Taux moyen de remboursement	Prix public moyen de la boîte consom.
N°1	1,5	13,16 €	7,90 €	60,0%	8,99 €
N°2	3	22,72 €	13,31 €	58,6%	7,26 €
N°3	5	32,66 €	19,21 €	58,8%	7,08 €
N°4	6	45,35 €	26,84 €	59,2%	7,07 €
N°5	8	60,45 €	36,37 €	60,2%	7,34 €
N°6	10	79,27 €	48,60 €	61,3%	7,70 €
N°7	13	108,96 €	69,35 €	63,6%	8,57 €
N°8	15	133,21 €	85,05 €	63,8%	8,65 €
N°9	19	168,80 €	109,38 €	64,8%	9,07 €
N°10	22	220,58 €	147,86 €	67,0%	9,82 €
N°11	27	281,95 €	190,92 €	67,7%	10,41 €
N°12	33	352,84 €	244,66 €	69,3%	10,76 €
N°13	40	454,30 €	322,05 €	70,9%	11,39 €
N°14	49	558,22 €	400,19 €	71,7%	11,46 €
N°15	60	716,38 €	529,67 €	73,9%	11,94 €
N°16	74	896,71 €	681,02 €	75,9%	12,09 €
N°17	93	1 100,45 €	857,67 €	77,9%	11,89 €
N°18	118	1 352,76 €	1 071,17 €	79,2%	11,49 €
N°19	157	1 729,50 €	1 403,74 €	81,2%	11,02 €
N°20	268	2 645,13 €	2 222,41 €	84,0%	9,86 €
Total	51	548,67 €	424,37 €	77,3%	10,74 €

Source : CNAMTS, données régime général hors SLM ; calculs : secrétariat général du Haut Conseil

Lecture de la première ligne du tableau : le 1^{er} vingtile de la population des consommateurs (1,9 million de personnes) consomme 1,5 « boîte » de médicaments (boîte, flacon, etc.) dans l'année, pour une dépense remboursable totale de 13,16€. Sur cette somme, 7,90€ ont été remboursés, soit 60% de la dépense. Le prix moyen de la boîte de médicament consommée par ces personnes est de 8,99€.

Toujours sous l'hypothèse d'une franchise sur le seul médicament, le rendement plein de l'économie générée par le dispositif (0,5€ par boîte, plafond de 50€, 38,5 millions de personnes concernées) serait de 650 millions d'euros¹⁶, à rapprocher du rendement global de la franchise (appliquée aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports) qui devrait être de 850 millions d'euros par an.

¹⁶ Il est probable que, sous la pression des consommateurs, l'application de la franchise sera à l'origine du développement des conditionnements trimestriels, dont la dispensation était faible.

L'application de différents montants de franchise unitaire et de plafond conduirait à des résultats différents :

Franchise unitaire	Plafond	Rendement	Population au plafond
0,5€	50€	650 M€	15% ¹⁷
0,5€	60€	685 M€	13%
0,5€	70€	720 M€	10%
0,5€	80€	740 M€	8%
0,5€	90€	760 M€	6%
0,5€	100€	780 M€	5%
0,6€	50€	720 M€	21%
0,6€	60€	775 M€	17%
0,6€	70€	815 M€	14%
0,6€	80€	850 M€	11%
0,6€	90€	875 M€	9%
0,6€	100€	895 M€	7%
0,7€	50€	790 M€	23%
0,8€	50€	850 M€	27%
0,9€	50€	905 M€	30%
1€	50€	950 M€	33%
1€	100€	1 295 M€	17%

La franchise de 0,5€ par boîte de médicament correspond de fait à une baisse du taux de remboursement. Mais cette baisse a un impact différent selon le taux de remboursement *a priori* (c'est-à-dire la couleur de la vignette) et le prix moyen de chaque catégorie de médicament. Ainsi, l'application de la franchise de 0,5€ pour un médicament à vignette orange remboursé à 15%¹⁸ dont le prix moyen est 4,6€ conduit à un remboursement après franchise de 0,2€ en moyenne, soit un taux de remboursement réel de 4%.

Taux de remboursement <i>a priori</i> (couleur de la vignette)	Prix public moyen 2007	Remboursement <i>a priori</i>	Remboursement après franchise de 0,5€	Taux de remb. après franchise
15% (vignette orange)	4,6€	0,7€	0,2€	4,2%
35% (vignette bleue)	5,4€	1,9€	1,4€	25,8%
65% (vignette blanche)	11,2€	7,3€	6,8€	60,5%
100%	182,8€	182,8€	182,3€	99,7%

Source : GERS 2008 ; calculs : secrétariat général du Haut Conseil

Vers un développement de l'automédication ?

Dans leur rapport "Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution" rendu le 10 janvier 2007 à Xavier Bertrand alors Ministre de la Santé et des Solidarités, Alain Coulomb et Alain Baumelou définissent l'automédication comme *le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative (PMF) dispensé(s) dans une pharmacie et non effectivement prescrit(s) par un médecin*. C'est donc en fonction de la nature de la prescription qu'est introduite l'automédication.

¹⁷ Ces pourcentages ont été calculés à partir des données de base regroupées en centiles de population et non en vingtiles.

¹⁸ On rappelle que la franchise n'a commencé à s'appliquer qu'à partir du 1^{er} janvier 2008 et ne concerne donc pas les médicaments à vignette orange dont le déremboursement est effectif depuis le 1^{er} janvier 2008.

L'immense majorité des produits à PMF (73% des unités et 66% du chiffre d'affaires) est remboursable contrairement à de nombreux pays qui assimilent totalement ou largement prescription médicale facultative (PMF) et médicaments non remboursables

La part des produits à PMF dans le marché total des médicaments diminue tendanciellement (PMF non remboursables : 15,3% des unités et 9,1% du CA en 1997 ; 11,5% des unités et 5,7% du CA en 2007. PMF remboursables : 33,7% des unités et 21,3% du CA en 1997 ; 31,6% des unités et 11% du CA en 2007). Les déremboursements de mars 2006 de 282 spécialités pharmaceutiques à prescription médicale facultative n'ont pas modifié sensiblement la situation

Les médicaments à prescription médicale facultative sont en moyenne 3,8 fois moins chers que les médicaments à prescription médicale obligatoire.

Les produits PMF à vignette bleue (taux de remboursement à 35%) ont un prix public moyen de 4,7€ et ceux à vignette blanche (taux de remboursement à 65%) un prix public encore plus bas (3€). Compte tenu de l'application de la franchise de 0,5€ par boîte de médicament, le remboursement final de ces produits est en moyenne de 1,1€ et 1,4€ par boîte soit un taux de remboursement après franchise de respectivement 24% et 48%.

Dans son avis de 2006, le Haut Conseil s'était interrogé sur l'opportunité de maintenir la prise en charge de ces médicaments.

Depuis le 1^{er} juillet 2008 certains médicaments à PMF sont disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie. La liste de ces médicaments, fixée par le Directeur général de l'AFSSAPS, comprend 216 spécialités non remboursables [soit environ 300 présentations sur les 3500 présentations de médicaments PMF (2500 non remboursables et 1000 remboursables¹⁹). Parmi ces produits on trouve des patchs anti-tabac, des médicaments contre l'asthénie, la douleur, les maux de gorge, la toux, les rhinites allergiques, certains troubles cutanés, certains troubles gastro-intestinaux.

Il est évidemment trop tôt pour savoir comment le marché de l'automédication évoluera compte tenu de ces nouvelles mesures.

¹⁹ Ne cohabitent pas dans cette liste des produits remboursables et non remboursables. Ainsi les spécialités remboursables à base d'ibuprofène restent *derrière le comptoir* du pharmacien alors que certains ibuprofènes non remboursables sont passés *devant le comptoir*.

II - Actualisation et avis sur la situation des établissements de santé

Des dispositions du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, dans la forme du texte élaboré par la commission mixte paritaire, modifient notamment les trois points suivants :

1) L'article 1^{er} du texte entérine le report, annoncé par le ministère de la santé le 29 avril 2009, de la convergence des tarifs entre hôpitaux publics et cliniques privées à 2018, initialement prévue pour 2012

« V bis (nouveau). - 1. L'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - Le Gouvernement présente avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :

« - pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;

« - pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;

« - pour tenir compte d'un niveau d'activité plus faible des établissements du fait de leur implantation géographique dans les zones à faible densité géographique, zones de revitalisation rurale ou de montagne, où leur maintien exige des crédits spécifiques au titre des actions de contractualisation ou missions d'intérêt général. »

2. Jusqu'en 2018, le rapport prévu au V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. »

2) L'article 17ter du texte vise à demander aux partenaires conventionnels de parvenir, avant le 15 octobre 2009, à un accord pour limiter les dépassements d'honoraires

« IV. - À défaut de conclusion avant le 15 octobre 2009 d'un avenant conventionnel, pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifie à cet effet, pendant un délai de quatre mois, les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté modifie également les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer.

3) L'article 12 du texte amende le projet de loi initial en modifiant les termes de l'article L. 6132-2 du code de la sécurité sociale

Il pose le principe de la constitution de communauté hospitalière de territoire sur une base de volontariat. ».

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE**23 avril 2009****Avis sur la situation des établissements de santé****adopté le 23 avril 2009****par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie**

à l'exception de la CGT, de la CGT/FO et de Monsieur Le Guen (Personnalité Qualifiée)

L'hôpital¹ n'est pas simplement une entreprise. Ni pour ceux qui y rentrent, ni pour ceux qui y travaillent. Ce qui s'y déroule met toute une communauté professionnelle au contact de réalités fortes, souvent dures, de situations humaines parfois aux limites, qui donnent au monde hospitalier sa singularité et sa grandeur.

Et pourtant l'hôpital est aussi une entreprise, et même parfois une très grosse entreprise, par la multiplicité de ses métiers, par la complexité de son organisation, par les processus d'organisation et de gestion qu'il doit par conséquent impérativement mettre en œuvre pour sa production de soins.

C'est pour ces deux raisons, prises ensemble, que s'impose la recherche de la performance dans toutes ses dimensions, humaine, médicale et économique. Cette efficacité globale de l'organisation hospitalière est attendue par tous. Par ceux qui y travaillent, d'abord, mais aussi par tous les Français, qui se souviennent qu'ils ont eu recours à l'hôpital et qui savent qu'ils y auront recours, aux moments les plus difficiles, et qui lui font confiance.

L'hôpital est une partie de notre « capital de confiance » collectif.

La mission de service public des établissements de santé ne doit en rien les exonérer de la nécessité d'une recherche volontariste et permanente d'efficacité et d'optimisation des moyens qu'ils mobilisent.

A partir de là, l'équité dans la définition et la répartition des moyens, la pertinence dans l'organisation des soins, la responsabilité dans les prises de décision médicales et administratives sont autant de valeurs auxquelles le Haut Conseil entend, par ce rapport, exprimer son adhésion.

¹ Terme générique désignant les établissements de santé publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Trois fédérations les suivent : la FHF, la FEHAP, la FHP.

D) La complexité des activités des établissements et l'importance des enjeux humains et financiers qui sont en cause appellent un investissement intellectuel important d'une part, une gouvernance interne efficace d'autre part

1) Le nécessaire investissement intellectuel

La connaissance et la compréhension de l'activité hospitalière ont incontestablement progressé dans les dernières années. La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a exercé une forte pression en obligeant les gestionnaires – centraux et locaux – à améliorer les instruments de mesure et d'analyse de cette activité.

a) Au niveau des administrations centrales, de la HAS, des régimes de sécurité sociale et des fédérations professionnelles.

Le renforcement de l'expertise de la DHOS², l'apport de l'ATIH et de la MeaH, le concours de la CNAMTS et de la DREES ont facilité la mise en œuvre d'un courant d'études qui permettent une compréhension plus étendue de l'économie des établissements. Les bases de données (celle de la FHF ou le groupement de comptabilité analytique d'Angers par exemple) regroupent désormais des données cohérentes en nombre et qualité. Les études sur l'échelle nationale des coûts ont progressé.

Des indicateurs (diagnostic flash, indicateurs sur les composantes de la productivité, approches des disparités territoriales par une cartographie fine) mettent en lumière des dispersions dont la compréhension est indispensable à une bonne gestion.

L'attention portée aux problèmes concrets d'organisation – c'est le cas notamment des études de la MeaH – et la diffusion, amorcée, des savoir-faire concrets acquis dans ces études accélèrent la prise en compte des processus d'amélioration des pratiques.

La procédure de certification a conduit à une mobilisation autour des enjeux de la qualité mais la HAS constate une grande variabilité entre établissements.

Ce mouvement est encore insuffisant.

Comme ces études ou collectes statistiques n'ont été mises en œuvre que de façon récente, on manque de « profondeur historique » et de suivis pluriannuels. Reposant souvent sur des échantillons, elles souffrent d'une représentativité parfois insuffisante. Pour mieux apprécier les parcours de soins individuels, il faudra rapidement réussir dans le double chantier de l'identification du médecin prescripteur et de la facturation directe dans les établissements publics de santé.

De ce fait il reste encore des zones où la connaissance et la compréhension des données économiques sont insuffisantes (c'est largement le cas sur le sujet – pourtant sensible de la convergence intersectorielle ou de l'insuffisance du secteur en aval du MCO). Cette carence justifie des études complémentaires et leur diffusion sur un mode qui permette concrètement la mise en œuvre de leurs conclusions.

Enfin, le Haut Conseil considère que la réussite de la future agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière, l'ANAP, est un enjeu capital dans l'amélioration de l'efficacité de notre système hospitalier.

² Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) sont rattachées à la DHOS.

b) Au niveau des ARS

Les agences vont assumer des responsabilités accrues. Ce sera le cas notamment pour assurer la cohérence entre les conséquences « spontanées » de la T2A en termes de spécialisation et de variations de parts de marché d'une part, de préoccupations d'équilibre régional d'autre part. Ce sera aussi le cas pour concevoir une meilleure intégration des établissements de santé dans une approche plus globale du système de soins (avec, à titre d'exemple, les progrès à assurer en matière de réseaux de soins et de prise en charge des urgences).

Elles doivent disposer des moyens nécessaires : un noyau significatif de cadres – médecins et non médecins – qui mettent en ordre raisonné les données issues des comptabilités et tableaux de bord des établissements. C'est l'investissement préalable si on veut que les ARS utilisent de façon cohérente les moyens juridiques qui sont les leurs en s'appuyant sur les analyses de la réalité médicale, sociale et économique des établissements d'une part, sur le développement d'une expertise opérationnelle d'autre part.

c) Au niveau des établissements de santé

Les établissements de santé sont des unités complexes (la taille moyenne des établissements MCO les met dans les 0,2% d'entreprises de plus de 250 salariés en France par exemple).

Ils doivent se doter de meilleurs instruments de pilotage et de suivi pour achever la trop lente montée en charge de la comptabilité analytique et développer de façon plus systématique l'analyse des processus de production et des moyens de leur optimisation.

Puisque la gouvernance de l'hôpital associe nécessairement médecins et autres personnels soignants, directeurs et cadres, il faut le développement d'une culture commune. S'il convient de ne pas multiplier les structures de concertation et de ne pas demander aux médecins des travaux qui peuvent être suivis par les cadres hospitaliers, le temps requis des médecins pour participer à l'élaboration et à l'exploitation des données socio-économiques et des indicateurs ne doit pas être considéré comme du temps « pris » sur leur activité de soins.

C'est un investissement indispensable pour accélérer l'action de réforme.

2) L'amélioration du système de gouvernance des hôpitaux publics est nécessaire.

Le bilan provisoire des dernières réformes (notamment sur la gestion par pôles et l'analyse médico-économique) montre qu'on a progressé. Il faut aller plus loin et assurer que le travail commun entre professionnels de soins, gestionnaires et représentants des usagers, travail coordonné par le conseil exécutif qui regroupe direction et représentants de la CME, débouche sur des décisions opérationnelles en s'appuyant sur des procédures clarifiées.

II) L'équipement hospitalier

1) Un secteur crucial pour les Français

Les établissements de santé occupent une place de premier rang dans la réponse aux problèmes de santé des Français : une personne sur six est hospitalisée dans l'année, soit en « hospitalisation complète » (séjour avec hébergement dans l'un des 220 000 lits de « médecine-chirurgie-obstétrique », MCO), soit en « hospitalisation partielle » (chirurgie ambulatoire ou hôpital dit « de jour », dans l'une des 20 000 places de MCO). Mais le recours global à l'hôpital est beaucoup plus important : soit au titre des soins d'urgence (environ 16 millions de passages par an), soit au titre des séances et cures (dialyse, radio et chimiothérapies), soit encore au titre des 33 millions d'actes dits « externes ». Enfin – mais ce

point est hors du champ de cet avis – il faudrait ajouter toutes les hospitalisations qui ne concernent pas les soins aigus : soins de suite, psychiatrie et soins de longue durée.

Ce recours massif à l'hôpital concerne toutes les tranches d'âge, avec toutefois une nette prédominance des personnes âgées ; il touche toutes les catégories socioprofessionnelles, même si c'est certes de façon inégale.

L'hôpital est enfin un employeur très important : 1,2 millions de personnes y travaillent (environ 1 million d'ETP), les charges de personnel représentant près de 70% des dépenses des établissements.

2) Densité et qualité des établissements

Le réseau des établissements de santé (MCO) est un réseau dense : environ 4 lits (ou places d'hospitalisation partielle) pour 1000 habitants en moyenne, ce qui place la France dans une position médiane par rapport aux autres pays de l'OCDE. Mais les inégalités territoriales, aussi bien en termes bruts qu'en termes corrigés tenant compte de la part de population âgée plus « hospitalo-requérante », sont importantes.

Il emploie des personnes qui sont souvent hautement qualifiées et toujours très fortement impliquées. Les difficultés de recrutement et de carrière qu'on connaît sur quelques métiers et sur quelques territoires de santé appellent une réaction rapide.

La qualité technique des établissements de santé est, dans l'ensemble, très élevée et les assurés sont soignés sur les standards les plus exigeants – et souvent innovants.

Ces caractéristiques – de densité et de qualité – ont permis au système hospitalier d'absorber, sans trop de tensions, la croissance régulière du volume de son activité (évaluée à plus de 1% par an). Mais il n'y a pas eu d'inflation désordonnée du recours à l'hôpital surtout si on rapporte les chiffres précités à l'augmentation de la population (pondérée légèrement « vers le haut » par son vieillissement). Cette croissance est liée essentiellement à la « densité » technique de la prise en charge (c'est l'effet « structure », c'est-à-dire l'évolution du coût moyen de chaque passage).

3) Le système hospitalier engage des financements importants (la dépense hospitalière est de 72 Md€ en 2008, dont 75 % dans le secteur MCO sur lequel l'étude du HCAAM est centrée).

Le poids de la dépense hospitalière dans le PIB est parmi les plus élevés de l'OCDE³.

C'est bien entendu la disponibilité et la qualité de l'offre qui expliquent l'importance de la dépense hospitalière.

Mais elle renvoie aussi à :

- * des défauts dans l'organisation des soins. On évoque souvent une tendance à « l'hospitalo-centrisme » et plus précisément un secteur MCO excessif. Ce peut être le cas par exemple pour une part des urgences. L'insuffisance du secteur aval et des alternatives à l'hospitalisation – chirurgie ambulatoire et HAD – contribuent à des hospitalisations abusives en MCO ;

- * des organisations ou processus insuffisamment productifs.

Leur exacte appréciation est cruciale pour le pilotage de la politique hospitalière et sa traduction opérationnelle.

³ Même si sa part dans les dépenses de santé a constamment baissé depuis 20 ans.

III) L'offre hospitalière et son financement répondent très honorablement à l'attente des usagers : une vraie égalité devant les soins ; de hauts standards de qualité

L'accessibilité de l'offre hospitalière est une notion multiforme : distance d'accès, délais d'attente, coût restant à la charge de l'assuré. On peut considérer que cette accessibilité est, dans l'ensemble, très bonne ; elle est d'ailleurs ressentie comme telle. Il existe en revanche, sur tous ces points, quelques situations très insatisfaisantes, en nombre limité mais qui peuvent être aiguës.

1) L'accessibilité physique aux établissements de santé est dans l'ensemble aisée

La proximité du service hospitalier, qu'il conviendrait de définir par des temps de parcours maximum, par type de besoin de soins, et non pas comme des distances moyennes à des équipements, est globalement bien assurée. C'est sur certaines disciplines et dans certaines zones géographiques seulement que l'on constate la permanence de « points noirs », où le délai d'accès excède le souhaitable voire ce que recommande le consensus médical⁴.

La France n'est, par ailleurs, pas considérée par l'OCDE comme confrontée à une situation de liste d'attente pour les opérations programmées. Même si, là aussi, des délais d'intervention existent dans certaines disciplines (ophtalmologie p.ex.).

2) L'information des usagers – et celle de leur médecin traitant - est insuffisante pour permettre une orientation vers le type de prise en charge le plus pertinent.

La mise en ligne de la plate-forme internet d'information sur les établissements de santé, le site Platines, représente un effort de communication des pouvoirs publics envers les usagers.

Le site Hopital.fr développé par la FHF, la FEHAP et la FNCLCC, va également dans le sens d'une meilleure information du grand public.

Le rapport de certification de la HAS, qui comprend désormais une version synthétique, est rendu public. Il est de plus relayé par les médias nationaux ou régionaux.

3) La sécurité et la qualité des prises en charge

C'est un champ désormais mieux connu et mieux suivi.

La fermeture de petites unités (maternités et unités de chirurgie) dont la taille ne garantissait ni la qualité ni l'économie a été bien amorcée. Elle doit être poursuivie, notamment en chirurgie. Les formules de communauté hospitalière de territoire et de groupement de coopération permettront une action à la fois plus résolue et socialement mieux acceptée.

La généralisation des procédures de certification contribue grandement à l'amélioration de la qualité. La diffusion de référentiels de bonne pratique et leur suivi dans des tableaux de bord, désormais publics, permettent de nets progrès (c'est le cas par exemple pour les maladies nosocomiales).

L'amélioration du cadre de vie des patients est réelle, liée à des investissements importants et à la présence de professionnels attentifs et compétents.

4) Le niveau de prise en charge de l'hospitalisation reste – et c'est souhaitable - élevé

Le taux de prise en charge des soins hospitaliers est très élevé (plus de 90% des dépenses sont remboursées par un régime obligatoire d'assurance maladie ; une bonne partie du solde par les couvertures complémentaires). Mais il reste encore des situations de reste à charge très élevé.

⁴ C'est le cas notamment pour l'infarctus.

On peut donc dire que les frais hospitaliers sont à la fois de très loin les mieux couverts en moyenne, et, en même temps, les premiers responsables des taux d'effort excessifs, notamment pour les ménages modestes dépourvus de couverture complémentaire ou dont le contrat n'offre que des garanties limitées.

a) C'est la puissance des exonérations (notamment pour les assurés en ALD et pour les soins coûteux – l'ex « K50 ») qui explique ce taux élevé.

Ce taux d'engagement ne baisse pas de façon significative sur la période récente.

b) Mais ce système de prise en charge a des défauts significatifs

b1) une fréquence – certes faible - de reste à charge élevés dans le champ de la dépense remboursable

Elle provient de l'application du ticket modérateur dans les services de médecine pour les prises en charge inférieures à trente jours et de forfaits journaliers en nombre élevé (notamment en psychiatrie).

Bien entendu, ces restes à charge (RAC) élevés sont très largement pris en charge par les organismes complémentaires qui réalisent ainsi une mutualisation opportune de ces risques.

Il n'en demeure par moins qu'ils pénalisent les assurés qui n'ont pas de complémentaire ou dont le contrat ne couvre le forfait que sur une durée limitée.

On devrait corriger ces situations.

b2) les dépassements

Ils sont désormais relativement fréquents et parfois d'un montant important ; la diminution de l'offre en tarifs opposables dans certains territoires de santé et/ou dans certaines spécialités s'accroît.

C'est dans ce contexte que le HCAAM avait considéré que l'accès des patients à une offre à tarifs opposables ou à défaut maîtrisés était l'objectif prioritaire. Cela passe par le cantonnement des dépassements en établissement.

A défaut d'un scénario de « reconquête » (augmentation du tarif opposable dans le cadre d'une refonte globale du système de rémunération des médecins impliquant une croissance des honoraires pris en charge par les régimes de base), deux approches sont en cours de discussion, l'une - le dispositif prévu par le projet de loi HPST – dans le cadre parlementaire, l'autre - le secteur optionnel – dans le champ conventionnel.

L'action autonome des organismes qui gèrent les couvertures complémentaires tendant à rendre les dépassements plus transparents et à peser sur leur niveau pourrait contribuer au règlement de ce problème.

*

* *

Confirmant avec insistance la position qu'il avait émise lors de ses précédents rapports, le Conseil considère que l'existence de reste à charge excessif, dont les dépassements, n'est pas acceptable. Il a décidé de mettre ce sujet à son programme de travail.

IV) Il existe des défauts dans l'organisation de l'offre de soins qui pèsent sur la productivité des établissements

1) La réponse aux besoins de soins en amont et en aval du MCO n'est pas suffisamment connue

Ainsi ne connaît-on que de façon très partielle l'insuffisance des structures en aval du MCO – notamment pour les SSR et les prises en charge des personnes âgées. On n'a pas d'analyse rigoureuse du potentiel de développement et du bilan économique de la HAD eu égard à son déploiement.

Cet état de fait permet la diffusion d'idées fausses (par exemple la comparaison du coût des urgences avec le C, surestimation des zones de concurrence entre urgences et PDS..).

Or il existe une grande plasticité dans le « besoin en capacité » de MCO comme l'a montré une récente étude de la DREES à l'horizon 2030 : selon les trois scénarios analysés, le besoin en lits MCO se situe, par rapport au niveau de 2004, à +36% dans le scénario le plus conservateur, à + 11% si on prolonge les progrès réalisés ces dernières années et à – 4% si on adopte une politique plus volontariste.

2) Le rapport du HCAAM a porté notamment sur

a) Les soins non programmés

La réponse à la demande de soins non programmés est le fait de la médecine de ville, des services d'urgence.

a1) Le recours aux services d'urgence des établissements de santé a considérablement augmenté (de 7 à 16 millions de passages entre 1986 et 2006).

Une très grande partie des passages dans ces services ne renvoie pas à une situation grave de santé ce qui explique le faible taux d'hospitalisation consécutif à ces passages. Il s'agit le plus souvent d'épisodes banals, de faible gravité.

Des motifs puissants expliquent ce recours : la disponibilité et la certitude d'une prise en charge « complète » (consultation, soins et actes techniques de biologie et de radiologie) – et ces atouts l'emportent, même si les assurés savent d'expérience ou pressentent que les temps d'attente et de passage peuvent être longs.

L'offre « en ville » ne peut pourvoir à la totalité de cette demande. L'assuré peut être loin du cabinet de son médecin (il est par exemple sur son lieu de travail) ; comme la plupart des médecins sont seuls dans leur cabinet, la prise en charge d'une demande urgente n'est pas toujours facile même pendant les heures d'ouverture de leur cabinet ; les disparités de densité médicale peuvent affecter la disponibilité de la médecine de ville ; la PDS a une portée limitée.

Ces éléments expliquent certains traits structurants du système actuel

60% des passages aux services hospitaliers d'urgences se font, du lundi au vendredi, de 6 h à 18 h, durée qui recouvre très largement la période d'ouverture des cabinets des médecins de ville (ces 7M de passages présentent près de 3% des C et V des médecins libéraux hors PDS⁵).

⁵ Estimation réalisée à partir d'un échantillon de 900 000 passages aux urgences soit 6% du total national à partir des données des établissements de la région parisienne du réseau cyber-urgences.

La permanence des soins la nuit et le dimanche prend en charge environ la moitié des recours sur ces périodes (plus le dimanche que la nuit, notamment entre 0 et 8h⁶).

Il est donc illusoire de vouloir freiner très sensiblement la pression sur les urgences dans les conditions actuelles de l'exercice en ville. Reste à organiser la prise en charge, et ce à un double niveau :

- encourager les structures hors des établissements de santé (c'est le cas avec les maisons médicales ou des pôles de santé) ;
- améliorer les procédures internes aux hôpitaux notamment pour diminuer les temps d'attente et de passage et mieux prendre en charge les malades qui devront être hospitalisés, notamment par le développement de procédures d'admission directe.

a2) *Il faut encore « crédibiliser » la PDS.* A la fois pour soulager la pression qui s'exerce sur les établissements de santé et pour « amortir » les frais d'astreinte. Les progrès de la régulation sont encore insuffisants.

a3) *Les consultations externes dans les hôpitaux publics* – en nombre élevé, 29 M en 2006 pour le MCO – sont mal connues. Leur coût est mal analysé ; mais il est vraisemblablement trop élevé dans certains cas.

L'organisation est parfois défectueuse. Mais là encore, l'étude réalisée par la MEAH doit permettre de généraliser la rationalisation des organisations, étant observé que sur certaines spécialités et dans certains territoires, ces consultations externes sont le principal voire le seul accès offert aux patients.

b) L'HAD : des objectifs à préciser, un bilan à affiner

Son développement est récent. La part importante d'initiatives locales explique les disparités régionales de taux d'équipement. On a adopté ces dernières années une politique plus volontariste.

Le niveau actuel reste insuffisant (100 mille prises en charge pour 2,3 M de journées).

Or ce type de prise en charge hospitalière est considéré comme efficace et économe. Il peut par ailleurs répondre au souhait des malades et de leur famille.

Mais il n'y a pas d'analyse rigoureuse ni sur la cible potentielle ni sur le bilan économique de la HAD. Cette incertitude ne permet pas de dire s'il faudrait aller au-delà de l'objectif de 15 000 places prévu pour 2010.

Le développement d'études pour la constitution d'une échelle nationale des coûts et sur les indications d'HAD a été opportunément engagé.

c) Les marges encore existantes sur la prise en charge en ambulatoire

Que cela concerne la chirurgie ou la chimiothérapie, la prise en charge en ambulatoire est de plus en plus souhaitée par les patients. Les hôpitaux publics n'ont pris conscience que très récemment de la nécessité d'organiser cette offre ambulatoire. Ils doivent encore poursuivre dans ce sens.

d) L'insuffisance des structures aval (SSR et long séjour d'une part, établissements médico-sociaux d'autre part)

Elle est mal connue mais unanimement déplorée.

⁶ Ce qui explique le coût élevé de la visite dans cette tranche horaire – plus de 213€.

L'option d'un développement fort du secteur médico-social est nécessaire si on veut n'avoir recours à l'hospitalisation en MCO qu'à bon escient.

Les besoins en personnel qu'il implique devraient rendre moins difficiles les ajustements d'effectifs du secteur MCO.

e) Les rapports entre les médecins traitants et les structures hospitalières, qu'il s'agisse de l'admission ou de la sortie, devraient être améliorés et rationalisés.

f) La faiblesse des réseaux de soins

On est au tout début du processus. Et ce, avec des résultats mitigés.

Il est temps de sortir de la phase expérimentale incertaine et heurtée dans son financement et son organisation. C'est un enjeu central notamment pour la qualité des prises en charge des personnes âgées.

3) Les voies d'amélioration

Comme indiqué au début de cet avis, il faut encore progresser dans une meilleure connaissance des différentes modalités de prise en charge d'une part, doter les ARS des moyens humains adéquats d'autre part.

Le projet de loi HPST devrait permettre de procéder aux restructurations nécessaires. Les outils que constituent les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération devraient y contribuer.

Le développement résolu du secteur médico-social est un enjeu capital.

V) Le constat de disparités⁷ – non justifiées par la nature des charges – entre établissements permet de conclure qu'une meilleure organisation dégagerait des marges substantielles de productivité. L'approche prudente des convergences tarifaires pousse à leur mobilisation

1) Le constat : d'importantes disparités dans les indicateurs

L'apparition récente d'indicateurs d'efficience (qu'il s'agisse de la qualité ou de la productivité des prises en charge) est liée à la T2A qui a amené les administrations et les établissements à mieux repérer les zones d'écart, préalable à leur explication puis à leur résorption.

Le trait commun de ces analyses, c'est le constat d'une forte dispersion des indicateurs. Sans doute faut-il être prudent dans son interprétation. Mais par son ampleur cette dispersion renvoie incontestablement à des différences de productivité.

Le développement d'études de terrain (notamment les études de la MEAH) qui, de façon convergente, soulignent l'importance des problèmes organisationnels (cf. étude sur les blocs opératoires, la gestion des lits ou les temps d'attente et de passage dans les services d'urgence) montre qu'il s'agit très souvent d'améliorations dans l'organisation des services. La productivité des fonctions de logistique – qui pèsent plus de 15% dans les charges – est très inégale. D'où des écarts de coût anormaux entre établissements. Les progrès dans la mutualisation et l'externalisation dans les établissements publics sont encore insuffisants. Pourtant ces formules permettent à l'équipe de direction de concentrer son action sur le

⁷ Il ne faut pas croire que les disparités sont le fait des seuls établissements publics. Ainsi, on constate dans les cliniques que le CA par euro de salaire varie sensiblement autour de la moyenne : on va de 1,25 à 2,75 (source Observatoire économique des cliniques, FHP).

« cœur de métier » que constituent les soins et de rechercher des économies, dégagant des moyens additionnels au profit des soins.

Cet objectif de gain de productivité doit être permanent sur les principaux postes de dépenses⁸.

*

* *

C'est pour réduire cette dispersion et amener l'ensemble des établissements vers le meilleur niveau d'efficacité qu'on a entrepris de faire converger leurs moyens budgétaires.

2) Une approche prudente des convergences tarifaires

a) Les données de base de la gouvernance financière

a1) *Une nouvelle doctrine pour l'allocation des ressources*

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) est évidemment le sujet majeur des dernières années.

On doit cependant prendre garde à ne pas confondre les questions : la T2A ne décide pas du volume des ressources, qui résulte exclusivement de l'enveloppe de l'ONDAM votée par le Parlement (en ce sens, il serait inexact de dire que la garantie d'un revenu global suffisant pour le fonctionnement des hôpitaux exige une multiplication de leurs actes). En revanche, la T2A gouverne la répartition de cette ressource globale entre les différents établissements hospitaliers. La nouveauté, par rapport à la « dotation globale » instaurée en 1983, qui reposait fondamentalement sur la reconduction historique des budgets, est considérable : la clé de partage des ressources entre hôpitaux s'efforce désormais d'être la plus proche possible de l'importance de leur activité soignante.

Ce principe consistant à répartir les ressources disponibles en fonction de données médicales a déjà été adopté par une vingtaine de pays de l'OCDE, et apparaît comme un gage d'équité et de bonne gestion.

Généralisée depuis 2005 dans le secteur privé, elle s'applique selon les mêmes modalités au secteur public depuis 2008. Dans les deux secteurs, la montée en charge est progressive puisque des « coefficients de transition » doivent assurer l'ajustement jusqu'en 2012.

Le Conseil confirme l'avis positif qu'il avait porté dans son rapport de 2005. Il considère que le passage de la T2A à 100% en 2008 était vraisemblablement l'option la plus réaliste dès lors qu'elle ne trouvait son plein effet que sur quatre ans et qu'on acceptait d'en corriger certains aspects ou incidences par l'augmentation des dotations MIGAC.

⁸ % d'établissements ayant tout ou partie de l'activité externalisée

	public	privé lucratif
Restauration, linge déchets	40%	91%
Achats, maintenance	4%	6%
Prestations techniques	59%	74%
Activités médico-techniques	41%	48%
Gestion du personnel, formation	10%	11%
informatique	28%	44%
Contrôle, finances, contrôle de gestion	0%	18%

Le poids des personnels externalisés dans le public est de 1,3% de la masse des rémunérations (source : DHOS), il est de 8% dans le privé (source : Observatoire économique des cliniques, FHP). Il faut cependant tenir compte de du fait que les médecins ne sont pas comptés dans les effectifs du privé, à l'inverse du public ; le ratio du privé devrait être sensiblement abaissé pour être comparé à celui du public. Il faut, par ailleurs, être prudent.

Cette approbation du principe de la T2A n'invalide pas l'analyse faite à l'époque sur les possibles effets pervers d'un tel mode de répartition, inhérents à tout mode de répartition à l'activité. Leur suivi doit faire l'objet d'une vigilance permanente qui incombe désormais au « Comité d'évaluation de la T2A » : risque d'actes ou d'examen abusifs, risque d'abandon d'activités regardées comme insuffisamment rentables, de contre-sélection de patients dont les coûts seraient mal reconnus, ou encore de négligences dans la qualité des soins dispensés. Il convient par ailleurs de veiller à mettre en cohérence les effets spontanés de la T2A (en termes de spécialisation, d'implantation et de « parts de marché ») d'une part, les nécessités d'un équilibre par territoires et secteurs d'autre part. Le Haut Conseil souhaite qu'on vérifie que la composition et le mode de fonctionnement de ce comité permettent le développement d'un débat plus « ouvert ».

La généralisation de la T2A à 100% doit être accompagnée par l'octroi de moyens financiers en sus des tarifs de la T2A. Les MIGAC, loin d'être contraires à la logique de la T2A, en sont le complément nécessaire pour autant que les crédits de l'espèce soient documentés et discutés avec les Fédérations professionnelles.

Bien qu'introduite aujourd'hui « à 100% » dans les budgets hospitaliers, la T2A ne couvrait en 2008 que 76% des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie.

Certaines dépenses ont, en premier lieu, vocation à être prises en charge en dehors de la T2A de manière forfaitaire : les dépenses d'enseignement et de recherche, les dépenses liées à diverses missions d'intérêt général (prévention, aide médicale urgente, soins aux détenus, vigilance sanitaire, etc.) et les dépenses destinées aux adaptations structurelles. Tel est l'objet des dotations rassemblées sous l'ensemble MIGAC (« Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation »). Il n'est toutefois pas possible, aujourd'hui, d'assurer que le montant fortement croissant des MIGAC (6,6 Mds€ en 2008, soit +37% depuis 2005) correspond exactement à leur contenu de principe. Ce point, fondamental pour la crédibilité du système et l'équité de répartition entre les deux secteurs – le secteur privé n'émargeant guère aux MIGAC – nécessite encore des efforts de transparence. Il justifie pleinement la mise en place, à partir de 2008, d'une démarche obligatoire et spécifique de contractualisation avec l'ARH pour l'attribution de MIGAC.

En second lieu, s'il est admis que des dépenses de médicaments ou dispositifs médicaux innovants et coûteux soient couvertes « en sus » de la tarification à l'activité, il convient de s'assurer qu'elles ne pèsent pas négativement sur les efforts d'optimisation. Mais cela suppose que ces listes de médicaments et dispositifs médicaux « en sus » (qui représentent environ 3,5 Mds€, et plus de 60% des dépenses de médicament à l'hôpital) soient gérées de manière dynamique, et que les nouvelles inscriptions sur la liste en sus conduisent à réexaminer le bien-fondé des anciennes.

a2) L'accompagnement – très imparfait – du « nouveau cours » par les contrats de retour à l'équilibre

Même si le changement a été mené à pas comptés, certains établissements n'ont pu suivre, d'où l'apparition de situations dégradées.

Le Conseil ne trouve pas contestable dans son principe la mise en place de plans d'accompagnement. Mais le bilan qui en a été dressé, pour la première génération d'entre eux, est – à juste titre – sévère.

La nouvelle génération devrait être gérée avec plus de rigueur ; elle devrait être désormais mieux étayée par la disponibilité de données sociales, économiques et financières pertinentes et sous-tendus par des plans d'actions opérationnels.

a3) L'ONDAM/MCO fixé ces dernières années l'a été à un niveau réaliste compte tenu du niveau du PIB et des prix.

Mais la dégradation de la situation financière de certains établissements montre qu'il aurait été dangereux de le contraindre davantage. Non qu'une telle contrainte eût été en soi irréaliste. Elle aurait tout simplement excédé la capacité d'évolution et de gouvernance du système et des mesures plus radicales n'auraient pas été comprises en raison des risques sociaux liés aux compressions d'effectifs du personnel qu'elles auraient entraînées.

Certains membres du Conseil ont estimé que l'ONDAM avait été fixé à un niveau trop faible.

b) Les voies de la convergence

b1) La convergence intra-sectorielle

C'est sans conteste le point prioritaire. Comme le secteur public est plus homogène dans les prestations que fournissent les divers établissements publics, l'analyse des dispersions et leur résorption sont plus facile.

Elle ne pose pas de problème de principe, ce qui ne veut pas dire que sa conduite soit aisée. Il s'agit d'en échelonner le cadencement de façon opportune. C'est le cas des options retenues pour autant qu'on sache par la gestion des aides à la contractualisation lisser, si nécessaire et de façon temporaire, les situations les plus critiques.

b2) La convergence inter-sectorielle entre le secteur public et le secteur privé

C'est un sujet très polémique. En témoigne « le grand écart » entre les positions des différentes fédérations professionnelles : plus de 12Md€ de « surfinancement » du secteur public selon la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ; guère d'écart selon la Fédération hospitalière de France (FHF). Sans doute y a-t-il dans ces positions une part de « jeu de rôle ». Mais il y a surtout une grande difficulté à apprécier la situation actuelle, préalable à toute mise en œuvre de la convergence dont le Parlement a fixé le terme à 2012.

Le principe n'est pas contestable : il n'y a aucune raison de payer à des tarifs différents des prestations homogènes. C'est l'approche qui a été retenue dans la loi de 2005.

Reste à établir :

- le niveau de l'écart qu'il convient de justifier ou de résorber

- d'expliquer l'origine des écarts et de les classer en :

* éléments qui justifient une différence de tarifs (la loi précitée prévoit ainsi très normalement que la comparaison – puis la convergence- doivent se faire pour des prestations de nature comparable).

* éléments qui ne peuvent fonder – en tout cas durablement – une différence de tarifs.

b3) Le rapport remis au Parlement⁹ chiffre à 37% « l'écart facial » en 2008.

Ce chiffre – le seul officiel – est contesté par la FHF qui estime que la comparaison faciale est calculée sur un champ trop étendu¹⁰. Elle propose que l'écart facial soit calculé sur un champ plus restreint où l'activité dans le secteur privé a une densité minimale.

⁹ Octobre 2008.

¹⁰ Elle considère que les tarifs accordée au secteur privé sur des activités où celui-ci est quasiment absent sont irréalistes.

Elle fixe alors l'écart facial à 25%.

Le Conseil recommande qu'on diligente des études sur cette approche.

b4) Cet « écart facial » peut renvoyer :

- à des différences de champ dans la computation des charges dans les deux secteurs ;
- à des différences dans la nature des charges (notamment le case-mix des secteurs). Elles justifient un écart de tarifs ;
- à des contraintes qui s'imposent au gestionnaire à case-mix identique. On doit essayer de les résorber progressivement, et à défaut on doit admettre qu'elles autorisent un écart de tarifs au moins de façon temporaire ;
- à des différences de productivité. Elles ne peuvent fonder une différence de tarifs.

La plupart des intervenants dans ce débat admettent que le problème se pose dans ces termes.

Reste donc à « éclater » l'écart facial – dont a vu qu'il faisait l'objet de deux approches différentes – entre ces motifs.

*

* *

- on a progressé sur l'analyse des différences de champ et on pourrait rapidement stabiliser cette analyse.

- des études – encore partielles et imparfaites – ont permis une première approche de la différence dans la nature des charges, ce qui a conduit dans les campagnes budgétaires 2008 et surtout 2009 de restructurer les modalités d'allocation financière (adoption de la version V11, basculement des tarifs vers les MIGAC pour tenir compte de la précarité et de l'urgence...). De ce fait l'écart facial est ramené, en 2009, à 26% (contre 37% dans le calcul DHOS précité pour 2008).

- on a pu vérifier, mais de façon très rustique, que l'écart résiduel n'était pas lié de façon significative à des différences objectives dans le coût des facteurs de production (coût salarial du personnel non médical, charges fiscales).

*

* *

Mais on ne sait toujours pas à quel niveau s'établirait l'écart résiduel une fois qu'auraient été prises en compte, de façon plus complète, les différences dans la nature des charges.

Le Conseil prend acte de ces résultats intermédiaires.

Il en tire deux conclusions :

* dans l'immédiat, il n'est pas possible qu'on adopte une politique budgétaire qui différencie sensiblement les évolutions tarifaires des deux secteurs. On peut cependant envisager des ajustements ponctuels et certains rapprochements tarifaires pour des prestations effectivement comparables s'ils sont correctement documentés.

* il faut poursuivre très activement les études pour arriver à un resserrement des estimations et établir ainsi la ligne de convergence à assurer.

VI) Perspectives financières

Les principes de la T2A définissent les règles de répartition des ressources.

Mais c'est bien évidemment l'ONDAM qui définit concrètement le niveau de la dépense¹¹.

La crédibilité de l'ONDAM est donc le problème central du pilotage budgétaire des établissements de santé.

La fixation de l'ONDAM/MCO doit s'appuyer sur :

- l'analyse des segments d'activité sur lesquels il faut encore accroître les moyens d'une part et les marges d'économies liées à une amélioration dans l'organisation de l'offre de soins et de l'efficacité interne des établissements d'autre part ;

- la capacité des établissements à assumer cette ligne budgétaire. Elle renvoie à une amélioration de leur gestion. Or celle-ci ne peut être ni radicale ni très rapide dans une communauté de travail complexe et parfois inquiète. L'investissement dans la connaissance de l'économie des établissements et leurs processus de production est, comme il a été dit au début de cet avis, un enjeu primordial ;

- la capacité, au niveau central, des administrations de l'état, de l'assurance maladie et des fédérations professionnelles et au niveau local des ARS à mieux organiser l'offre de soins.

Le Conseil considère qu'on peut envisager que l'ONDAM MCO progresse moins vite que l'ONDAM global, ce qui permettrait de financer l'ONDAM médico-social. Il pourrait évoluer à un rythme légèrement inférieur à celui de la richesse nationale sur le moyen terme. Cette évolution correspond à la fois à une adaptation des besoins relatifs du médico social et du MCO, et à l'amélioration de la productivité telle qu'évoquée précédemment. Cette option peut entraîner pour certains établissements des baisses d'effectifs dont l'incidence sur l'économie locale et la situation de l'emploi sera d'autant plus faible qu'on développera résolument le secteur médico-social. L'ajustement des effectifs est cohérent avec le turn-over du personnel et les possibilités de mobilité – dont il faudrait mesurer l'attractivité – au sein du secteur public de santé.

Notre capacité à tenir cette ligne budgétaire serait plus effective si on accroissait l'effort afin de mieux expliquer à l'opinion – et au premier rang, la communauté hospitalière – les enjeux de cette évolution d'une part, de la rassurer en rappelant sans cesse la force de notre hospitalisation et la « progressivité assumée » du changement d'autre part.

¹¹ Nul doute que la T2A serait plus « acceptée » si elle se déployait dans le cadre d'ONDAM plus élevés.

ANNEXES AU RAPPORT 2009

ANNEXE 1 - CONTRIBUTION DE LA MUTUALITE FRANÇAISE CONCERNANT L'ACCES AUX DONNEES CODEES DETAILLEES DE REMBOURSEMENT

Une expérimentation concluante

L'accès aux données de remboursement, en respectant strictement les conditions de confidentialité et de respect de la personne, représente un axe majeur pour la Mutualité Française.

Les contributions établies en 2003 par Christian BABUSIAUX, Président de la 1ère Chambre à la Cour des Comptes, proposaient des voies d'expérimentation dans le cadre légal précisé par la Loi CNIL de 2004.

Il y a près de 2 ans, la Mutualité française mettait en place une expérimentation permettant un accès aux données codées anonymisées du remboursement sur les produits vignettés en pharmacie **avec l'accord sans réserve de la CNIL**. Cette expérimentation, menée depuis juillet 2007 dans trois pharmacies mutualistes et trois officines libérales, nous a permis de recueillir et d'analyser des données, présentées dans un rapport - remis à la CNIL en avril dernier - concluant au succès technique et économique de l'opération et ouvrant la démarche de la généralisation.

Cette expérimentation a rempli le double objectif de :

- **valider le dispositif de transmission sécurisé et de traitement anonymisé des données de remboursement des médicaments d'une part**
- **s'engager dans les innovations possibles en matière de gestion du risque et d'offres de service, pour le bénéfice des adhérents d'autre part.**

Concernant le dispositif technique, l'expérimentation s'est effectuée en environnement sécurisé SESAM-Vitale 1.40 *avec une clé de chiffrement dédiée* et s'est appuyée sur *un procédé de double anonymisation* qui garantit qu'à aucun moment l'information personnelle de l'individu est en clair dans le système (donc potentiellement accessible à l'organisme complémentaire), conduisant la CNIL à valider sans réserve la solution de la Mutualité française.

Ce dispositif a démontré sa capacité à apporter de solides garanties de confidentialité aux usagers et aux professionnels de santé.

Sur le plan économique, quatre règles de simulation de liquidation ont été mises en place : définies pour optimiser la prise en charge des dépenses et améliorer l'utilité des remboursements, elles concernent les médicaments génériques et les médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant, axes forts de la politique du médicament de la Mutualité Française.

Les quatre règles fictives de liquidation des prestations simulées au cours de l'expérimentation sont des exemples de mesures s'appuyant sur des mécanismes législatifs et réglementaires existants et sur les recommandations d'autorité indépendante comme la Haute Autorité en Santé. Les résultats obtenus ont mis en évidence des marges de manœuvre

importantes pour les mutuelles : près de 6,2% du TM pharmacie (dont 1,5% au titre des seuls médicaments génériques) que l'on pourra employer pour :

- des prises en charge alternatives,
- financer des actions d'éducation thérapeutique pour des malades chroniques,
- réduire des restes à charge pour des prestations très mal remboursées

Cette expérimentation démontre que les mutuelles, en tant qu'acteurs du financement du système de santé, peuvent être force de proposition pour améliorer la prise en charge de leurs adhérents à moindre coût et qualité de soins égale. A titre d'exemple, pour des personnes souffrant de troubles de la mémoire ou de l'attention, il est plus utile, tel que l'a démontré la HAS en 2006, de prendre en charge des séances de rééducation et de stimulation de la mémoire qu'un médicament de type vasodilatateur.

Aussi, la réussite de cette expérimentation justifie aujourd'hui pleinement les travaux de généralisation du dispositif de transmission anonymisé. Celui-ci évite tout risque d'utilisation de ces données à des fins de sélection du risque.

Première étape de la généralisation : la construction d'une Charte de déontologie

Le Conseil des Mutuelles Santé (CMS) de la Mutualité Française a décidé de prolonger l'expérimentation en menant à bien sa généralisation pour l'ensemble des mutuelles, et en l'ouvrant à d'autres types de prestations.

La Mutualité a ainsi mis en place fin février un comité de pilotage, composé de représentants de mutuelles volontaires, chargé :

- de définir un cadre déontologique pour l'accès et l'utilisation de ces données,
- de réfléchir aux domaines de prestations sur lesquels les mutuelles souhaitent obtenir des données de remboursement détaillées
- et d'étudier les impacts organisationnels et techniques d'un tel dispositif.

Fortes des premiers travaux engagés, **la Mutualité a souhaité en particulier se doter d'une charte de déontologie lui permettant de spécifier un « espace de confiance » entre les mutuelles et les personnes qu'elles protègent pour l'accès aux données anonymisées du remboursement détaillant :**

- les engagements des mutuelles et de la Mutualité dans l'utilisation de ces données.
- Les règles juridiques qui s'appliquent.
- Les dispositifs techniques de sécurisation des données pour l'accès et l'utilisation
- Le dispositif organisationnel à mettre en place, notamment le contrôle externe du respect de ces engagements.

Cette charte engageant toutes les mutuelles et la mutualité doit permettre de garantir le bon usage des données anonymisées du remboursement à l'ensemble des usagers et partenaires de santé. Dès sa finalisation, elle sera bien évidemment présentée et discutée.

ANNEXE 2 - CONTRIBUTION DE LA FFSA CONCERNANT L'ACCES AUX DONNEES CODEES DETAILLEES DE REMBOURSEMENT

A la suite du rapport d'avril 2003 de Christian Babusiaux, trois entreprises d'assurances, membres de la FFSA, ont décidé de mener des expérimentations, en réponse à la proposition faite à l'époque par le Ministre de la Santé.

Deux de ces expérimentations concernent les médicaments (accès aux codes CIP) : celle d'AXA par la voie de « l'anonymisation » et celle de SWISS LIFE par la voie du « consentement exprès ». Une expérimentation menée par GROUPAMA, concerne l'optique (accès au degré de réfraction des verres) et utilise la voie de « l'anonymisation ».

Ces trois expérimentations, après dépôt d'un dossier, ont été autorisées par le CNIL.

Les expérimentations d'AXA et de GROUPAMA ont démarré à la fin de l'exercice 2007. Celle de GROUPAMA est terminée. Celle d'AXA s'achève à la fin du mois d'octobre 2009. L'expérimentation de SWISS LIFE, qui a démarré à la fin de l'année 2008, est en cours.

Depuis l'origine, un point régulier sur ces expérimentations est effectué, en présence de Christian Babusiaux, avec le Ministère de la Santé (Direction de la Sécurité Sociale).

Différents contacts ont eu lieu : CNIL, CISS, Ordre des pharmaciens.

GROUPAMA, courant mars 2009, et AXA, début juin 2009, ont déposé auprès de la CNIL un dossier de fin d'expérimentation et de demande d'autorisation d'extension, dans les domaines concernés (optique par GROUPAMA, médicament par AXA).

Il est rendu compte brièvement, ci-après, des modalités de ces expérimentations.

• **Expérimentation de GROUPAMA**

L'expérimentation avait pour but d'anonymiser les demandes de prise en charge transmises à GROUPAMA par des opticiens partenaires depuis un portail internet dédié.

L'anonymisation consiste à :

- Séparer les données d'identification des assurés des données détaillées précisant leur défaut visuel et l'équipement optique qui leur est proposé ;
- Archiver le dossier de l'assuré avec une clé anonymisée, que l'on ne peut retrouver qu'avec l'accord de l'assuré ;
- Faire en sorte que la consultation d'un dossier donné ne soit possible que si l'assuré donne lui-même les éléments qui l'identifient. . L'ouverture du dossier est alors effectuée par un personnel habilité et encadré. Chaque consultation fait l'objet d'un « traçage » systématique

Le contrôle des droits du sociétaire et la vérification de la conformité de la demande de prise en charge sont effectués automatiquement et en parallèle. La réponse revient à l'opticien sur le portail internet, en temps réel.

59 opticiens partenaires volontaires ont participé à l'expérimentation.

1006 demandes de prise en charge ont été transmises, 2 ouvertures de dossiers ont été demandées par des assurés pour information sur leurs remboursements.

La solution d'anonymisation des flux mise en place permet de liquider les prestations optiques de façon automatique avec une confidentialité pour l'assuré dont le niveau a été validé par une expertise indépendante.

- **Expérimentation d'AXA**

L'expérimentation « Inédit Santé » d'AXA prévoit :

- Le remboursement automatique et sécurisé d'un ensemble de médicaments prescrits en non pris en charge par les régimes obligatoires, via une garantie supplémentaire gratuite, constituée d'un forfait annuel de 50 euros, offert à chacune des personnes assurées au contrat ;
- La constitution d'une base statistique anonymisée de la consommation des médicaments des clients d'AXA faisant partie de l'expérimentation.

Elle concerne environ 4.200 pharmaciens, répartis sur 10 départements et environ 64.000 assurés et bénéficiaires. Chaque assuré a reçu un courrier d'information validé par la CNIL et a eu la possibilité de refuser de participer à l'expérimentation. Il en a été de même pour les pharmaciens.

Cette expérimentation, construite avec les Syndicats des pharmaciens, le GIE SESAM-Vitale et l'Assurance Maladie Obligatoire, s'appuie sur la transmission, par le pharmacien, du code CIP des médicaments délivrés aux assurés d'AXA, en préservant le respect de la personne privée, grâce à :

- La sécurité du dispositif SESAM-Vitale, renforcée par chiffrement de transport supplémentaire ;
- Un cryptage interne dans le système d'AXA, audité par la DCSSI ;
- Une chaîne de liquidation sécurisée permettant de garantir l'anonymisation de l'ordonnancement du paiement (scellement et traitement automatisé).

A la fin décembre 2008, près de 610.000 factures « Inédit Santé » ont été reçues, dont près de 170.000 ont été intégrés dans la base statistique d'AXA. Environ 230 factures, correspondant à la garantie gratuite accordée, ont été réglées.

Le taux de refus de participation des assurés est très faible, puisqu'il s'établit à 0,3 %. Aucun refus de participation n'a été enregistré du côté des pharmaciens.

- **Expérimentation de Swiss Life**

L'expérimentation Swiss Pass'santé de Swiss Life se déroule sur la ville de Cambrai et les communes limitrophes. Elle concerne les 24 pharmacies du secteur – aucune n'ayant refusé d'y participer - et 2300 bénéficiaires.

Elle prévoit :

- le remboursement automatisé de médicaments de prévention, prescrits, dans des indications non remboursables par le régime obligatoire et pris en charge dans un forfait spécifique proposé par Swiss Life à ses clients,
- le règlement des prestations est effectué sur la base des informations détaillées transmises à partir du poste de travail du professionnel de santé, avec le consentement exprès de l'assuré.

Ce dernier, pour ce faire et pour chaque transaction, remet sa carte à puce Swiss Pass'santé au professionnel de santé.

La carte Swiss Pass'santé est lue sur le lecteur par ailleurs utilisé par la carte Vitale. Elle permet la signature électronique et l'anonymisation des flux transportés. Une fois la liquidation effectuée, le stockage des informations anonymisées est effectué à des fins statistiques.

Le dispositif mis en place assure la confidentialité des données transmises.

L'expérimentation a démarré fin 2008 et fera l'objet d'un bilan ultérieurement.

**ANNEXE 3 - LIAISON ENTRE LES MOYENNES REGIONALES DE LA DEPENSE
REMBOURSEE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE ET DU TICKET
MODERATEUR (MEDECINE DE VILLE) OU DU RAC (MEDECINE DE VILLE ET
PRESCRIPTION)**

Extraits d'une note de la Mutualité française

L'analyse de la liaison entre les moyennes départementales de la dépense remboursée par le régime obligatoire et du reste à charge avant intervention des OC paraît préférable sur la base de montants non corrigés de la structure par âge car cette correction conduit à atténuer les disparités qui proviennent du taux de personnes en ALD.

Les données relatives à l'hôpital issues du SNIIRAM étant partielles, la catégorie de dépenses étudiée correspond au total de la médecine de ville. Le total « médecine de ville » contient les prestations correspondantes de la statistique mensuelle de la CNAMTS : total des honoraires du secteur privé (consultations, visites, actes techniques,...), total des prescriptions (auxiliaires, biologie, médicaments, LPP), frais de déplacement des malades et autres prestations diverses. Les honoraires dentaires (D, DC, SC, SPR, TO) et l'optique sont retirés de ce total, ces dépenses générant de forts dépassements.

Les données sont celles du régime général (y compris SLM) pour l'année 2008, en date de remboursement.

**Tableau 1 - Répartition des départements métropolitains selon le croisement de la
dépense remboursée par le régime général (y compris SLM) et du ticket modérateur,
par habitant - total médecine de ville (hors dentaire et optique), 2008**

		TICKET MODERATEUR PAR HABITANT		
		[156 € ; 187 €] (*)	[187 € - 213 €]]213 € ; 244 €
DÉPENSE REMBOURSEE PAR LE REGIME GENERAL PAR HAB.	[653 € ; 742 €]	[1] Ain, Eure, Eure-et-Loir, Ile-et-Vilaine, Jura, Loire-Atlantique, Loiret, Maine-et-Loire, Mayenne, Haut-Rhin, Sarthe, Haute-Savoie, Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Territoire de Belfort, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise	[2] Oise, Rhône, Vienne	[3]
	[742 € - 891 €]	[4] Ardèche, Manche, Saône-et-Loire	[5] Aisne, Allier, Hautes-Alpes, Ardennes, Aube, Aveyron, Calvados, Cantal, Charente, Cher, Côte d'Or, Côtes-d'Armor, Dordogne, Drôme, Finistère, Indre, Indre-et-Loire, Isère, Loir-et-Cher, Loire, Marne, Haute-Marne, Meuse, Morbihan, Moselle, Orne, Puy-de-Dôme, Bas-Rhin, Haute-Saône, Savoie, Seine-Maritime, Deux-Sèvres, Tarn-et-Garonne, Vendée, Vosges, Yonne	[6] Charente-Maritime, Doubs, Haute-Garonne, Haute-Loire, Meurthe-et-Moselle, Nord, Pas-de-Calais, Somme, Haute-Vienne
]891 € ; 1 307 €]	[7]	[8] Corrèze, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Nièvre, Pyrénées-Atlantiques, Tarn, Vaucluse	[9] Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Ariège, Aude, Bouches-du-Rhône, Creuse, Gard, Gers, Gironde, Hérault, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Var, Corse du Sud, Haute-Corse

Sources SNIIRAM, calculs Mutualité française

Tableau 2 - Classement des départements en fonction du montant du remboursement et du RAC, sur les soins de ville (soins médicaux et prescriptions)

		RAC AVANT INTERVENTION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES PAR HABITANT		
		< 355 €	[355 € - 413 €]	> 413 €
DÉPENSE REMBOURSEE PAR LE REGIME GENERAL PAR HAB.	< 734 €	Ain, Cher, Haute-Loire, Manche, Mayenne, Orne, Haute-Saône, Deux-Sèvres, Seine-Saint-Denis	Eure-et-Loir, Jura, Maine-et-Loire, Oise, Sarthe, Savoie, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Vendée, Vienne, Essonne, Val-d'Oise	Yvelines, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne
	[734 € - 890€]	Aisne, Ardèche, Ardennes, Cantal, Creuse, Dordogne, Lot, Lozère, Haute-Marne, Meuse, Haut-Rhin	Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Ariège, Hautes-Alpes, Aube, Charente, Côtes-d'Armor, Doubs, Finistère, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Gers, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Seine-Maritime, Vosges, Yonne, Haute-Garonne, Pas-de-Calais, Saône-et-Loire, Eure, Ile-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Loiret, Territoire de Belfort, Somme, Vaucluse	Calvados, Côte d'Or, Drôme, Isère, Landes, Loire, Marne, Nord, Rhône, Paris
	> 890 €	Corse du Sud, Haute-Corse, Moselle,	Aude, Aveyron, Charente-Maritime, Lot-et-Garonne, Meurthe-et-Moselle, Hautes-Pyrénées, Bas-Rhin, Tarn, Tarn-et-Garonne, Corrèze	Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Gard, Haute-Garonne, Hérault, Gironde, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Var, Haute-Vienne

Sources SNIIRAM, calculs Mutualité française

ANNEXE 4 - « POINT SUR LA COUVERTURE DES ALD PAR DES GUIDES HAS EN JUIN 2009 »

Note de la HAS

NB : la mention « en cours » s'applique aux guides validés qui sont en cours de finalisation

GM : Guide médecin qui prend le nom de PNDS (Protocole national de diagnostic et de soins) pour les maladies rares

LAP : Liste des actes et prestations

GP : Guide patient

* En règle générale la HAS réalise un guide patient à la suite du guide médecin sauf exceptions liées à la maladie et en dehors des maladies rares pour lesquelles Orphanet réalise des documents d'information grand public.

Couverture des ALD par des guides HAS disponibles					Détail de la couverture				
ALD	Intitulé de l'ALD	Nb de GM/ PNDS	Nb de LAP	Nb de GP	Titre des guides ou PNDS	Type de guide	Nb de GM/ PNDS	Nb de LAP	Nb de GP*
ALD 1	Accident vasculaire cérébral invalidant	1	1	1	AVC	GM	1	1	1
ALD 2	insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	2	2	0	Syndrome myélodysplasique	GM	1	1	non prévu
					Aplasie médullaire	PNDS	1	1	non prévu
ALD 3	Artériopathies chronique avec manifestations ischémiques	1	1	1	AOMI	GM	1	1	1
ALD 4	Bilharzose compliquée	1	1	0	Bilharzose	GM	1	1	non prévu
ALD 5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	8 + 1 en cours	8 + 1 en cours	4 + 1 prévu	Insuffisance cardiaque systolique	GM	1	1	1
					Insuffisance cardiaque diastolique	GM	1	1	1
					Fibrillation auriculaire	GM	1	1	1
					Hypertension artérielle pulmonaire	PNDS	1	1	non prévu
					Cardiopathies valvulaires et congénitales adulte	GM	1	1	1
					CCC_ Tétralogie de Fallot, atrésie pulmonaire à septum ouvert ou agénésie des valves pulmonaires avec communication interventriculaire	PNDS	1	1	non prévu
					CCC_ Truncus arteriosus	PNDS	1	1	non prévu
					CCC_ Transposition simple des gros vaisseaux	PNDS	1	1	non prévu
					Trouble du rythme ventriculaire grave	GM	1 en cours	1 en cours	1 prévu

Couverture des ALD par des guides HAS disponibles					Détail de la couverture				
ALD	Intitulé de l'ALD	Nb de GM/PNDS	Nb de LAP	Nb de GP	Titre des guides ou PNDS	Type de guide	Nb de GM/PNDS	Nb de LAP	Nb de GP*
ALD 6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	3	3	3	Hépatite C	GM	1	1	1
					Hépatite B	GM	1	1	1
					Cirrhose	GM	1	1	1
ALD 7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine	1	1	1 prévu	Infection par le VIH	GM	1	1	1 prévu
ALD 8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	3	1	3	Diabète de type 2	GM	1	1	1
					Diabète de type 1 adulte	GM	1		1
					Diabète de type 1 enfant et adolescent	GM	1		1
ALD 9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	2	2	1	Sclérose latérale amyotrophique	PNDS	1	1	non prévu
					Épilepsie grave	GM	1	1	1
ALD 10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	1	1	0	Thalassémie	PNDS	1	1	non prévu
ALD 11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	1	1	0	Hémophilie	PNDS	1	1	non prévu
ALD 12	Hypertension artérielle sévère	0	0	0	Production non publiée en attente de l'évolution des critères médicaux d'admission	GM	-	-	-
ALD 13	Maladie coronaire	1	1	1	Maladie coronaire	GM	1	1	1
ALD 14	Insuffisance respiratoire chronique grave	2	2	2	Asthme	GM	1	1	1
					BPCO	GM	1	1	1
ALD 15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 en cours	1 en cours	1 prévu	Maladie d'Alzheimer et autres démences	GM	1 en cours	1 en cours	1 prévu

Couverture des ALD par des guides HAS disponibles					Détail de la couverture				
ALD	Intitulé de l'ALD	Nb de GM/PNDS	Nb de LAP	Nb de GP	Titre des guides ou PNDS	Type de guide	Nb de GM/PNDS	Nb de LAP	Nb de GP*
ALD 16	Maladie de Parkinson	1	1	1	Maladie de Parkinson	GM	1	1	1
ALD 17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	3	4	0	Maladie de Gaucher	PNDS	1	1	non prévu
					Mucopolysaccharidose	PNDS	1	1	non prévu
					Hémochromatose	synthèse RPC	-	1	non prévu
					Maladie de Wilson (PNDS)	PNDS	1	1	non prévu
ALD 18	Mucoviscidose	1	1	0	Mucoviscidose	PNDS	1	1	non prévu
ALD 19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	3	2	0	Néphropathie chronique grave	GM	1	1	non prévu
					Syndrome néphrotique primitif adulte	PNDS	1	1	non prévu
					Syndrome néphrotique primitif enfant	PNDS	1		non prévu
ALD 20	Paraplégie	1	1	0	Paraplégie (CFE)	GM	1	1	non prévu
ALD 21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodémie généralisée évolutive	2	2	0	Vascularites (PNDS)	PNDS	1	1	non prévu
					Sclérodémie	PNDS	1	1	non prévu
ALD 22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	1	1	1 en cours	Polyarthrite rhumatoïde	GM	1	1	1 en cours
ALD 23	Affections psychiatriques de longue durée	3 + 1 en cours	3 + 1 en cours	2 + 2 prévus	Trouble anxieux grave	GM	1	1	1
					Schizophrénie	GM	1	1	1
					Dépression	GM	1	1	1 prévu
					Troubles bipolaires	GM	1 en cours	1 en cours	1 prévu

Couverture des ALD par des guides HAS disponibles					Détail de la couverture				
ALD	Intitulé de l'ALD	Nb de GM/PNDS	Nb de LAP	Nb de GP	Titre des guides ou PNDS	Type de guide	Nb de GM/PNDS	Nb de LAP	Nb de GP*
ALD 24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	2	2	2	RCH	GM	1	1	1
					Maladie de Crohn	GM	1	1	1
ALD 25	Sclérose en plaques	1	1	1	Sclérose en plaques	GM	1	1	1
ALD 26	Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	1	1	0	Scoliose structurale évolutive	GM	1	1	non prévu
ALD 27	Spondylarthrite ankylosante grave	1 en cours	1 en cours	1 prévu	Spondylarthrite ankylosante	GM	1 en cours	1 en cours	1 prévu
ALD 28	Suites de transplantation d'organe	0	1	0	Suites de transplantation rénale adulte	synthèse RPC	-	1	non prévu
ALD 29	Tuberculose active et lèpre	1	1	1	Tuberculose active	GM	1	1	1
ALD 30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	3 +2 en cours	3 +2 en cours	5 prévus	Cancer colorectal (collaboration avec l'INCA)	GM	1	1	1 prévu
					Mélanome (collaboration avec l'INCA)	GM	1	1	1 prévu
					Cancer de la prostate (INCA)	GM	1	1	1 prévu
					Cancer du poumon (INCA)	GM	1 en cours	1 en cours	1 prévu
					Lymphome (INCA)	GM	1 en cours	1 en cours	1 prévu
ALD 31	Affections hors liste	5 +1 en cours	5 +1 en cours	0	Xéroderma pigmentosum	PNDS	1	1	non prévu
					Syndrome de Turner (PNDS)	PNDS	1	1	non prévu
					Maladie de Marfan	PNDS	1	1	non prévu
					Syndrome de Cushing	PNDS	1	1	non prévu
					Atrésie de l'oesophage	PNDS	1	1	non prévu
					Arthrite juvénile	PNDS	1 en cours	1 en cours	non prévu

ANNEXE 5 - EXTRAITS DE LA NOTE DE LA HAS

« Actions de la HAS pour favoriser le bon usage des médicaments, dispositifs et technologies de santé »

La HAS s'est engagée dans la production de documents d'information destinés aux professionnels de santé dans l'objectif de leur communiquer l'essentiel du résultat de l'évaluation par ses commissions des médicaments, dispositifs médicaux et technologies de santé, afin d'en favoriser le bon usage.

Fiches « Bon usage des médicaments » (BUM)

Cette action a débuté en 2006 de façon ciblée : production de fiches de bon usage sur un nombre limité de nouveaux médicaments (ou de nouvelles indications de médicaments). Essentiellement destinées aux médecins généralistes, elles ont été produites pour des médicaments que les généralistes étaient susceptibles de prescrire ou de renouveler, et pour lesquelles il paraissait important de fournir une information pour l'une des raisons suivantes :

- importance de la population cible
- nouvelle modalité thérapeutique (nouvelle classe ou premier traitement remboursé dans une indication)
- risque notable de prescription en dehors des indications remboursables.

Le nombre de fiches produites par an était estimé, lors de leur lancement, à une dizaine par ans, ce qui a été vérifié la première année, mais a rapidement diminué, reflétant la raréfaction des nouveaux médicaments destinés à d'importantes populations cibles.

Les fiches ont été élaborées sur la base d'un cahier des charges établi grâce à des enquêtes déjà disponibles ou réalisées par la HAS auprès des professionnels de santé concernés. Elles ont fait l'objet, pour chaque fiche, de lecture par un groupe de médecins de terrain, afin d'ajuster leur contenu en fonction de leurs réactions.

Les fiches produites ont été, à ce jour :

Date	Nom de la fiche	Commentaire
Mars 06	Quelle place pour le ropinirole (Adartrel [®]) dans le syndrome des jambes sans repos ? (4 pages)	Réserver ce médicament aux formes très sévères (fiche prototype pour le MEDEC)
Mars 06	Quelle place pour le candésartan (Atacand [®] /Kenzen [®]) dans l'insuffisance cardiaque ? (4 pages)	Réserver ce médicament à la deuxième intention (fiche prototype pour le MEDEC)
Décembre 06	Quelle place pour le ropinirole (Adartrel [®]) dans le syndrome des jambes sans repos ?	Réédition complétée (6 pages) et plus largement diffusée
Décembre 06	Quelle place pour le candésartan (Atacand [®] /Kenzen [®]) dans l'insuffisance cardiaque ? (4 pages)	Réédition avec diverses améliorations et plus largement diffusée
Décembre 06	Quelle place pour l'ézétimibe (Ezetrol [®] – ézétimibe seul ou Inegy [®] – en association fixe à la simvastatine) dans l'hypercholestérolémie ? (6 pages)	Evaluer une statine à bonne dose avant d'associer l'ézétimibe, qui n'a pas fait ses preuves en morbidité
(2006)	Quelle place pour la solifénacine (Vésicare [®]) dans l'incontinence urinaire par impériosité ? (4 pages)	Entièrement rédigée mais non publiée, la demande de remboursement ayant été retirée
Avril 07	Quelle place pour l'association fixe amlodipine-atorvastatine (Caduet [®]) ? (4 pages)	Une cible spécifique (HTA et 3 facteurs de risque) - Pas de supériorité démontrée sur une autre association antihypertenseur + statine

Avril 07	Quelle place pour le rimonabant (Acomplia [®]) dans l'obésité ou le surpoids ? (4 pages, sous double timbre HAS-Afssaps) - Fiche retirée du site lors de la suspension d'AMM	L'indication remboursable est limitée et les risques ne sont pas négligeables.
Juin 07	Quelle place pour le pramipexole (Sifrol [®]) dans le syndrome des jambes sans repos ?	Fiche de 6 pages proche de celle sur le ropinirole (Adartrel [®])
Juin 07	Quelle place pour la prégabaline (Lyrica [®]) dans les douleurs neuropathiques ? (4 pages)	Efficacité non supérieure à celle des autres traitements et effets indésirables proportionnels à la dose
Juillet 07	Quelle place pour l'ivradadine (Procoralan [®]) dans l'angor stable ? (4 pages)	Pas en première intention – Pas d'efficacité démontrée sur la mortalité
Août 07	Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain (Gardasil [®]) dans la prévention du cancer du col ? (4 pages)	Pour les jeunes filles de 14 ans et certaines femmes de 15 à 23 ans – Le dépistage du cancer du col reste indispensable
Mars 08	Quelle place pour la sitagliptine (Januvia/Xelevia [®]) dans le diabète de type 2 ? (4 pages)	Place limitée dans la prise en charge, de préférence en association à la metformine
Avril 08	Quelle place pour l'acide zolédronique (Aclasta [®]) dans l'ostéoporose postménopausique ? (4 pages)	Perfuser une fois par an mais surveiller attentivement
En cours	Quelle place pour l'aliskiren (Rasilez [®]) □ dans le traitement antihypertenseur ? (2 pages)	En attente (prix non fixé) – A compléter sur Rasilez-HCT [®]
En cours	Quelle place pour Grazax [®] (allergène standardisé □ de phléole des prés par voie orale) dans les rhinites et conjonctivites allergiques aux graminées ? (2 pages)	En attente (prix non fixé)
En cours	Quelle place pour la mélatonine (Circadin [®]) dans le traitement de l'insomnie ? (2 pages)	En attente (prix non fixé)
Prévu juillet 09	Quelle place pour l'ézétimibe (Ezetrol [®] – ézétimibe seul ou Inegy [®] – en association fixe à la simvastatine) dans l'hypercholestérolémie ? (6 pages)	Mise à jour informatique (en achèvement) de la fiche de décembre 06

Elles ont été diffusées à l'ensemble des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine ainsi qu'aux spécialistes concernés et ont fait l'objet d'un certain nombre d'actions promotionnelles (publications dans la presse médicale).

Fiches « classes »

La production de ces fiches « monoproduit » a été complétée par des fiches sur une classe de médicaments. A partir de 2008, à la suite de la nouvelle mission confiée à la HAS par la loi de finance de la sécurité sociale pour 2008, ces fiches ont comporté des recommandations de prescription prenant en compte le prix des différents médicaments ou des différentes classes visées par le document.

Date	Nom de la fiche	Commentaire
Juin 07	Quelle place pour les bronchodilatateurs de longue action dans le traitement de la BPCO ? (6 pages)	Ne poursuivre ces traitements que si les symptômes sont améliorés. Réserver les corticoïdes aux patients les plus atteints. Information sur le coût des traitements.
Avril 08	Mise à jour (diffusion informatique)	6 spécialités au lieu de 4
Juin 09	Nouvelle mise à jour (informatique)	Modification d'indications
Novembre 07	Quelle place pour les médicaments anti-Alzheimer dans la prise en charge des patients ? (6 pages)	Réponses à des questions <u>pratiques</u> sur la réévaluation des 4 médicaments anti-Alzheimer
Janvier 09	Les médicaments de la maladie d'Alzheimer en pratique quotidienne (6 pages, diffusion informatique seule)	Place de ces médicaments dans la prise en charge et coûts de traitement
Octobre 08	Les inhibiteurs du SRA dans l'HTA essentielle non compliquée - Comment choisir entre IEC et sartans ? (4 pages)	Recommandations de prescription préférentielle des IEC en première intention
Juin 09	Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte	Information sur l'absence de différence clinique notable entre les différents médicaments de la classe et sur les prix comparés des produits génériques et non génériques.
En cours	Les médicaments de l'ostéoporose	En achèvement

Synthèses d'avis de la Commission de la transparence

Disponibles depuis le début de l'année 2009, les synthèses des avis de la commission constituent un développement important de la production d'information pour le bon usage. En effet, contrairement aux fiches BUM, et en complément de celles ci, elles ne sont sélectives ni pour les médicaments concernés (tous les nouveaux médicaments et nouvelles indications feront l'objet d'une synthèse), ni pour le public auquel elles s'adressent (spécialistes ou généralistes, hospitaliers ou libéraux).

Disponibles sous forme exclusivement électronique, facilement accessibles par abonnement à une liste de diffusion, elles sont susceptibles de favoriser l'habitude de consultation du site HAS par les professionnels qui souhaitent disposer, en un à deux clics, d'informations utiles pour la connaissance d'un nouveau médicament, provenant de l'évaluation de ce médicament par une institution indépendante.

Au 23 juin 2009, 42 synthèses d'avis étaient disponibles sur le site de la HAS.

Documents de bon usage sur les dispositifs médicaux et technologies de santé

La diversification des actions d'information de la HAS s'est également portée vers un élargissement aux produits et technologies de santé autres que les médicaments.

Elle a ainsi édité différentes fiches de bon usage, dont les cibles varient en fonction de la nature des dispositifs ou actes professionnels concernés.

Une fiche sur l'autosurveillance glycémique chez un patient diabétique a été publiée en 2007, alors que l'utilisation de cette autosurveillance se répandait de façon importante hors des indications remboursables. La HAS avait préconisé une extension de ce remboursement au diabète de type 2 cependant limitée à certains patients et certaines circonstances

Concernant les actes professionnels, différentes fiches ont été publiées, les plus récentes concernent les actes biologiques et radiologiques fréquemment prescrits, pour lesquels la HAS a été sollicitée pour une révision de leurs indications.

Ont été produits les documents suivants :

Date	Nom de la fiche	Commentaire
Mai 07	Comment prévenir les fractures dues à l'ostéoporose (6 pages, en collaboration SEA et SEM)	Combinaison d'un document sur les indications de l'ostéodensitométrie et sur les médicaments de l'ostéoporose
Sep. 07	Sténoses carotidiennes : place de la chirurgie et de l'angioplastie (2 pages)	Bonnes indications des stents carotidiens
Oct. 07	Indications et prescription d'une autosurveillance glycémique chez un patient diabétique (4 pages)	Règles d'emploi de l'ASG dans les deux types de diabète. Une mise à jour recentrée sur le diabète de type 2 est en achèvement.
Nov. 07 (mise à jour Juin 08)	Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie cœliaque ? (2 pages)	La HAS recommande de rembourser certains AC et de ne plus en rembourser d'autres.
Déc. 07	Le traitement de la surdité par implants cochléaires ou du tronc cérébral (4 p.)	Un progrès thérapeutique, mais pour patients motivés seulement
Mai 08	Place des prothèses dentaires à infrastructure céramique (2 pages, diffusion informatique seulement)	Evaluation technologique et indications actuelles
Oct. 08	Que reste-t-il de la radio standard du massif facial (sinus et face) ? (2 pages)	Ces radios ne sont plus que rarement indiquées
Oct. 08	Que reste-t-il de la radio standard du crâne ? (2 pages)	Ces radios ne sont presque plus jamais indiquées
Oct. 08	Que reste-t-il de la radio standard du bassin chez l'enfant ? (2 pages)	Place actuelle dans la stratégie
Oct. 08	Les indications de la radio standard du bassin en rhumatologie (4 pages)	Place actuelle dans la stratégie
Nov. 08	Traitement endodontique (4 pages)	Recommandations pratiques pour un traitement de bonne qualité des maladies de la pulpe et du péri-apex
Déc. 08	Les pansements – Indications et utilisations recommandées (4 pages, diffusion informatique seulement)	Evaluation des types de pansements selon les preuves d'efficacité existantes
Jan. 09	Que reste-t-il de la radio d'Abdomen Sans Préparation en pathologie digestive ? (2 pages)	Place actuelle dans la stratégie
Jan. 09	Que reste-t-il de la radio d'Abdomen Sans Préparation en urologie et gynécologie ? (2 pages)	Place actuelle dans la stratégie
Jan. 09	Que reste-t-il de la radio d'Abdomen Sans Préparation chez l'enfant ? (2 pages)	Place actuelle dans la stratégie
Mars 09	Place des stimulateurs cardiaques simple et double chambre (2 pages)	Evaluation médico-économique
Juin 09	Exploration d'une dyslipidémie : quelle place pour le dosage des apolipoprotéines A1 et B ? (2 pages, diffusion informatique seulement)	Limites de la prescription de ces examens
Juin 09	Quand NE PAS prescrire une radio du thorax (2 pages)	Place actuelle dans la stratégie
En cours	Place de la radio standard en cas de traumatisme sévère du bassin (2 pages)	En achèvement
En cours	Place de la radio standard en cas de traumatisme non sévère du bassin (2 p.)	En achèvement
Fin 2009	Implants de réfection de paroi : quel implant dans quelle indication ?	En achèvement, implants intégrés dans les GHS
Fin 2009	Quels implants de renfort pour traiter l'incontinence urinaire d'effort féminine ?	En achèvement, implants intégrés dans les GHS
Fin 2009	Quels implants de renfort pour traiter le prolapsus des organes pelviens de la femme ?	En achèvement, implants intégrés dans les GHS

Lettre mensuelle « Actualités & Pratiques »

Depuis septembre 2008, la HAS publie, sous forme papier et électronique, un mensuel quatre pages destiné aux professionnels de santé qui reprend l'ensemble des productions récentes de la HAS susceptibles de présenter un intérêt dans leur pratique. Disposant à ce jour de plus de 20 000 abonnés, ce mensuel est un moyen supplémentaire de faire connaître les documents de bon usage émis par la HAS.

Prochaines évolutions

La HAS produira à partir de septembre 2009 des synthèses d'avis concernant les dispositifs médicaux, selon un principe voisin des synthèses médicaments, adapté aux particularités du DM.

Elle publiera des synthèses des évaluations ou réévaluations par la CEPP de catégories de DM. Ces réévaluations peuvent intéresser des DM inscrits sous nom de marque (tels que les stents actifs), des révisions de lignes génériques restant inscrites à la LPPR ou dont la réintégration dans les GHS a été décidée. Cette réintégration dans les GHS supprime en effet l'obligation administrative d'une évaluation par la CEPP, mais non sa justification scientifique et la nécessité d'en promouvoir le bon usage.

La HAS prépare ainsi actuellement des documents sur les implants de réfection de paroi (fiche de 4 pages), les implants de traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine (2 pages) et les implants de traitement du prolapsus génital féminin (2 pages), les stents coronariens à libération de principe actif (6 pages), la nutrition entérale et parentérale à domicile (un document de 10 pages, une fiche de 4 pages et deux de 2 pages).

Par ailleurs la HAS poursuit l'amélioration de son site internet, particulièrement de la mise à disposition de l'information sur le bon usage :

- rubrique « bon usage » accessible, au choix de l'internaute, soit pour l'ensemble des technologies de santé (médicaments, dispositifs, actes) soit par type de produit. La rubrique « bon usage » pour le médicament donne par exemple accès aux fiches BUM, aux fiches classe, aux synthèses d'avis et aux fiches de sortie de la réserve hospitalière.
- amélioration de la liste de diffusion (actuellement accessible par la rubrique « @ alerte ») pour la rendre adaptée aux besoins de chacun,
- participation de la HAS au portail d'information sur le médicament en collaboration avec l'Etat, l'AFSSAPS et la CNAMTS.

ANNEXE 6 - AVIS ADOPTE LORS DE LA SESSION DU CNOM DE DECEMBRE 2008

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 donne la possibilité à la CNAMTS de proposer à des médecins libéraux conventionnés des contrats individuels. Ces contrats comportent des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé en vain, lors de la discussion parlementaire, la suppression de cet article. Depuis plusieurs mois la CNAMTS travaille à l'élaboration d'un contrat-type en voie de finalisation.

Ce contrat-type ne concerne que les médecins traitants. Il est soumis, pour avis, aux syndicats médicaux, même s'il n'entre pas dans le champ de la négociation conventionnelle.

Ses promoteurs nous ont fait savoir qu'ils entendent le mettre en œuvre au cours du premier trimestre 2009, avec l'espoir d'atteindre rapidement 5000 praticiens.

Si la rémunération n'a pas été fixée à ce jour, elle devrait tourner entre 3500 et 5000 euros par médecin en fonction du nombre de patients l'ayant choisi comme médecin traitant.

M. ROBELET, directeur de l'offre de soins de la CNAMTS et le Dr PRIEU, médecin conseil ont été reçus par la Section. Ils ont insisté sur les points suivants :

* l'adhésion au contrat est volontaire et les médecins non-souscripteurs ne seront pas pénalisés, ni leurs patients ;

* aucune surcharge administrative particulière n'est demandée au médecin traitant souscripteur car l'ensemble des informations permettant d'une part de s'assurer que les objectifs sont remplis et d'autre part de fixer le niveau de la rémunération du médecin traitant sont issues des bases de données de l'assurance maladie ;

* les pourcentages d'évolution fixés laissent aux praticiens des marges de manœuvre permettant de gérer des situations individuelles (on n'est pas dans du 100%) et le contrat se situe en dehors de la relation individuelle médecin/patient.

Sur le plan des principes :

* la souscription d'un contrat d'intéressement liée aux décisions médicales qu'un praticien prend et aux conseils médicaux qu'il donne n'est pas acceptable ;

* la relation de confiance entre le médecin et le patient risque d'être affectée. Les patients pourraient se demander si le médecin n'a pas agi en fonction de cet intéressement et d'ores et déjà des associations de patients se demandent pourquoi il faut payer les médecins pour qu'ils respectent les bonnes pratiques.

Une information devrait être donnée aux patients sur la conclusion de ce contrat par le médecin traitant, mais ses modalités font difficulté.

* ce contrat crée une discrimination injustifiée entre praticiens conventionnés dès lors que les praticiens dont la patientèle ne présenterait pas les caractéristiques exigées en termes de seuil ne pourraient y prétendre.

L'examen du contrat :

* la section a relevé que le contrôle de la bonne exécution du contrat dépendait uniquement des systèmes d'information de l'assurance maladie dont la fiabilité n'est pas démontrée obligeant le médecin à procéder à une vérification longue et fastidieuse ;

* les modalités d'exécution prévues lui ont paru complexes et sujettes à discussion ;

* le contrat prend en compte le « réalisé » et pas le « prescrit » et fait peser sur le praticien le défaut d'observance de certains patients, au risque d'ailleurs de les exclure de sa clientèle.

PLUS GRAVE

* le contrat ne mentionne pas qu'il doit obligatoirement être communiqué au Conseil départemental de l'Ordre des médecins ;

* il envisage une communication de certaines informations (chiffres tensionnels) à la CPAM, en violation du secret médical.

En conclusion, la section Exercice Professionnel du CNOM estime que les indicateurs retenus constitueraient un programme intéressant d'évaluation des pratiques professionnelles et qu'il existe d'autres moyens de valoriser les pratiques de qualité.

ANNEXE 7 - COMMUNIQUE DE PRESSE DE LA CSMF

Le 22 juin 2009

La CSMF dépose un recours en Conseil d'Etat contre le CAPI

La CSMF vient de déposer un recours en Conseil d'Etat contre la décision du 9 mars 2009 de l'UNCAM relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques (CAPI).

Sur la forme, la CSMF considère que la mise en place du CAPI est intervenue au terme d'une procédure irrégulière car elle n'a pas été précédée de la consultation de la Haute Autorité de Santé alors que la Loi l'impose (articles L.161-37 et L.161-40 du code de la Sécurité Sociale). De plus, la formalité de transmission préalable du contrat type par l'UNCAM aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui avaient le pouvoir de s'y opposer, n'aurait pas été effectuée conformément aux procédures établies par le Code de la Sécurité Sociale. De ce fait, la procédure a été viciée.

Sur le fond, l'amélioration des pratiques est un engagement collectif de la profession, ainsi, en incitant les médecins à s'engager individuellement avec leur Caisse, le CAPI se détourne de la convention nationale des médecins et de ses objectifs et est contraire aux dispositions de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale.

D'autre part, le patient n'étant pas informé ni de ce que son médecin traitant a signé un CAPI et ni de ce qu'il est tenu au respect des engagements d'ordre thérapeutique que comporte ce contrat, le CAPI est contraire aux principes d'indépendance et de liberté de prescription garantis par les articles R.4127-7 et R.4127-8 du Code de la Santé Publique.

Avec ce recours, la CSMF, premier syndicat médical français, est passée à une phase active du combat contre le CAPI dont elle démontre, à nouveau, tous les dangers.

Elaboré dans la précipitation, en dehors de tout respect des procédures de validation administratives, comment le CAPI pourra-t-il respecter les médecins ? Elaboré en contradiction flagrante avec la convention, il démontre que les objectifs poursuivis ne sont pas l'amélioration des pratiques, mais bien, comme la CSMF ne cesse de le dénoncer depuis le départ, le démantèlement de la convention collective pour mettre les médecins sous la coupe des caisses avec des objectifs individuels de rendement. Enfin, le CAPI porte atteinte à la liberté de prescription et met potentiellement en opposition les intérêts du patient avec son médecin.

La CSMF veut agir pour mettre le CAPI hors d'état de nuire à la profession afin de protéger les médecins et de préserver une médecine libérale de qualité.